



## Justice Juvénile et Santé Mentale

---

**Événement Satellite du 5<sup>e</sup> Congrès Mondial sur la Justice Juvénile :**  
**" Justice et Santé Mentale des enfants en conflit avec la loi : vers une prise en charge interdisciplinaire". Un projet dans le canton du Valais.**

**Organisateur : Institut International des Droits de l'Enfant (IDE)**

**Date :** mardi 3.06. 2025 lié au 5<sup>e</sup> Congrès Mondial sur la Justice pour les Enfants – JWC

**Événement organisé à Sion / Bramois,** avec un public de 13 personnes, invitées personnellement en raison de leurs fonction et intérêts, à savoir : 3 Juges des Mineurs, 4 Directeurs d'institution pour enfants et adolescents de la plus ouverte à la plus fermée, 1 psychiatre, 1 psychopédagogue, 1 avocate, 1 professeur de droit pénal, 2 experts en droits de l'enfant

**Format :** Conférence introductive, discussion libre, conclusions et accord sur quelques recommandations. Présentation sommaire du projet d'infrastructure nouvelle dans le domaine de la pédopsychiatrie dans le canton du Valais (Suisse).

### Conclusions et recommandations

Le sujet a été introduit par un exposé<sup>1</sup> du Dr. René Raggenbass, psychiatre, sous le titre :

« **JUSTICE JUVENILE ET PEDOPSYCHIATRIE : UN COUPLE MAL ASSORTI ?** »

**Couple :** Ce mot renvoie à deux entités ou personnes réunies dans une activité mais aussi, en physique, à deux forces parallèles égales entre elles, de sens contraire. Cette réunion peut être souhaitée à long terme comme un mariage ou alors temporairement comme une promenade ; cela peut aussi renvoyer à deux entités appareillées pour un même travail, un même but. Fait couple ce qui ne reste pas fixé, figé.

---

<sup>1</sup> Extraits de l'exposé choisis et résumés par JZ

Le verbe **assortir** renvoie soit à réunir des choses qui se conviennent, dont les caractères sont en harmonie ou encore accompagner quelque chose d'un complément adapté, approprié. Pour le clinicien, il n'y a que les désassortis qui peuvent faire couple.

La justice des mineurs vise à sanctionner une transgression de la loi mais aussi, et peut-être surtout, soutient l'insertion du sujet dans le lien social. Quant à la pédopsychiatrie, c'est une discipline médicale qui vise l'identification d'un problème (diagnostic) et à proposer un soin (traitement) ou un accompagnement individualisé (socio-éducatif). Dans la justice juvénile, les pédopsychologues ont un rôle tout aussi important que la pédopsychiatrie (contraire chez les adultes).

Il n'y a pas vraiment de but commun entre justice juvénile et pédopsychiatrie, donc leur désassortiment est idéal pour inventer une façon de faire couple. Le couple pourrait-il s'établir autour de la question du risque (dangerosité et/ou risque de récidive). Une question de sécurité publique ?

**Le lien social.** Alors autour de quoi faire couple ? Ce qui semble justifier un travail en couple entre la justice juvénile et la psychiatrie doit partir de la question de l'acte. C'est le passage à l'acte et l'acting out qui sont les points de contact entre les deux disciplines, qui réunit le sujet, la loi et la clinique. Un passage à l'acte ou un acting out va contre le lien social. Il est toujours une réponse du sujet (mineur ou non) à quelque chose qui l'envahit soit de l'intérieur soit de l'extérieur (ou des deux).

S'il y a bien un espace dans lequel la justice juvénile et la pédopsychiatrie ont à se rencontrer et à se concerter c'est dans le champ du vivre ensemble. C'est une question politique à laquelle les psychiatres et psychologues et tous autres intervenants ne peuvent se soustraire ne serait-ce que parce que tous exercent dans la cité. La pratique médicale psychiatrique et/ou psychologique comporte inévitablement un axe politique parce que leurs pratiques sont synchrones avec le mode de vie contemporain,

Le monde contemporain est marqué par une « évaporation » de la « figure du père » qui donnait une certaine orientation, un certain sens commun et une position pour chacun dans la cité. « Figure du père » non pas une nostalgie mais une fonction structurante symbolique qui vaut par ce qu'on en fait. Cette évaporation = une montée passionnée vers des objets de jouissance privée, activités solitaires ou en clan sans recours à l'Autre, sorte de discrédit, voire de méfiance, vis-à-vis de toutes les formes d'autorité, qu'elles soient familiales, médicales, éducatives en ou encore judiciaires.

Dans le contexte contemporain du chiffrage (statistiques), de l'efficacité, de la réduction des coûts, etc., on favorise de plus en plus la sécurité, la réinsertion, la réadaptation, mais aussi le « pour tous ». Le clinicien soutient au contraire une pratique du particulier, de la trouvaille, de l'invention, soit ce qui précisément ne vaut pas pour tous, mais seulement pour le sujet qui nous parle. Le discours clinique est ainsi antinomique à tous discours de maîtrise, de contrôle.... Le clinicien doit faire place à ce que chacun a

d'unique, de plus singulier. La justice juvénile avec ses outils partage aussi cette préoccupation.

**Acte, passage à l'acte ou acting out** constituent la scène qui réunit le sujet, le Juge, le clinicien et d'autres intervenants. Une clarification sur le mot acte. Dans la clinique psychanalytique le mot acte doit être fermement distingué de tout ce qui évoque l'activité ou encore l'action. Dans la clinique l'acte est autre chose qu'une agitation motrice, qu'un faire, autre chose que produire, consommer, ... Il n'y a acte que lorsque l'on peut repérer un avant et un après qui transforme le sujet. Soit lorsqu'il y a un franchissement symbolique.

Il n'est pas rare d'entendre dire que le jeune ou la jeune a agi inconsciemment. C'est l'autre point à distinguer. Il existe un gap, un hiatus, entre l'inconscient et l'acte. L'inconscient est le contraire de l'acte. Il n'y a pas, au sens strict, d'acte inconscient, sauf à le confondre avec le fait d'agir inconsciemment ou comme un inconscient mais l'acte inconscient n'existe pas car ces deux notions ne se trouvent pas sur le même plan logique. Ainsi ce qui définit l'acte en tant que tel est la notion de franchissement (pas forcément illégal). Il est du registre de la certitude (pas du doute du névrosé).

Le *passage à l'acte* est un franchissement radical, hors de la scène du lien social, soit hors du champ symbolique. Le sujet disparaît, il n'a rien à en dire, ni à en savoir (pensez au vide des interrogatoires). Il est du registre de la certitude.

L'*acting-out* reste dans le champ du symbolique, il est adressé à un Autre, il reste sur la scène de la parole et du langage (cf. la scarification).

De nos jours, l'expression « passage à l'acte » désigne un échantillon très divers de comportements délictueux mais aussi le suicide. Le plus souvent il est associé à une violence sociale inacceptable souvent incomprise, énigmatique. Le passage à l'acte est un évitement de la parole, une réponse hors sens qui signe la difficulté du sujet débordé par ses angoisses et ses certitudes (un excès) à s'inscrire dans le champ de l'Autre (cf. la parole et du langage) qui implique toujours qu'il manque quelque chose (une castration).

Le passage à l'acte est alors une solution qui arrache temporairement à l'angoisse sa dimension de certitude. Son inconvénient est de rester hors du champ de la parole, de ne pas faire appel à l'Autre contrairement à l'acting out qui lui reste adressé à l'Autre. L'Autre, c'est-à-dire, un adulte qui manifeste son désir et qui pose une limite (cf. la nécessité d'un impossible) à l'excès du sujet (cf. la jouissance).

Aucun sujet de s'humanise seul, il lui faut en passer par un couplage symptomatique à un autre. Il faut une rencontre qui elle est toujours contingente.

**Madame Marie Trémelot, Dr en psychologie, pédopsychologue**, a rapporté sur le projet **MEA – VS**

A la suite du constat de manques sérieux en matière de prise en charge pédo-psychiatrique en Valais, un groupe de personnes a alerté les autorités politiques et a amorcé une réflexion sur comment combler ces lacunes.

Une Commission de 13 experts est au travail depuis août 2024.

### **Commission d'experts**

La Commission d'experts vise 3 objectifs :

- 1) Objectiver les besoins. En effet, les professionnels font le constat général d'un manque en matière de soutien à la santé des enfants et des adolescents avec des besoins importants. Ce constat doit cependant être objectivé, notamment par le biais de données chiffrées.
- 2) Faire un état des lieux de l'existant, soit un inventaire des services publics et privés, ambulatoires et résidentiels, qui existent ainsi que des modèles qui ont été développés, ici ou ailleurs (notamment à l'étranger) ; cette démarche doit être complétée par des recherches dans la littérature
- 3) Élaborer une proposition d'un modèle d'unité pédopsychiatrique pour le Valais (Chablais ?), qui soit réalisable, accessible et économiquement concrétisable et exploitable. En complément et renforcement de l'existant.

### **Brève synthèse à ce jour**

Aucun expert ne met en doute que le Valais / le Chablais a/ont de gros besoins en matière de santé mentale pour enfants / adolescents (0- 18), mais aussi pour les jeunes adultes (18-25). Le taux de pédopsychiatres dans la région concernée est faible en comparaison avec d'autres cantons (70% de la moyenne suisse). Le nombre de lits en pédopsychiatrie dans le VS romand est de 10 /12 (Sierre) ; pour les plus jeunes (moins de 12ans), il n'y a pas de lits proprement pédopsychiatriques ; mais les jeunes enfants qui ont besoin d'une hospitalisation, sont dirigés vers les lits de pédiatrie ; pour les plus de 16 ans, parfois à Malévoz...séjours considérés comme indésirables et stigmatisants.

Les services d'hôpital de jour ou bas seuil (Cap' Ado) n'ont pas plus de 10-12 places, à Sion, dans l'ancien Centre de recherche ophtalmologique (site de l'HVs). Rien de semblable dans le Bas-Valais.

Pas d'hospitalisation en milieu fermé, ni d'unité pour suicidaires.

Les institutions d'éducation sises dans le canton appellent au secours pour pouvoir compter sur des soutiens médicaux et pédopsychiatriques. Bcp des jeunes placés sont fortement médiqués. En cas d'hospitalisation, quel suivi ?

La question de la prévention reste la grande « oubliée » d'une manière générale, mais aussi dans les réponses existantes centrées sur l'intervention et les soins.

## **Les Pistes esquissées**

Les Services ou Offices (ES, AI, TM, SJ...) se connaissent bien et travaillent de concert pour trouver des solutions. L'AI n'intervient quasi jamais avant 15 ans et opère dans une perspective « profession », pas vraiment de santé.

La nécessité de collaborer entre les services a été maintes fois évoquée et apparaît comme un préalable indispensable.

Le projet d'une entité nouvelle n'a de sens que si elle vient renforcer l'existant, combler les lacunes et en aucun cas ne doit entrer en concurrence avec l'existant, ou affaiblir le système.

La localisation d'une entité nouvelle semble devoir être implantée dans le Bas-Valais / éventuel Chablais.

Mobilité : l'exemple de Genève et de sa MEA ne peut pas être retenu comme tel, car Genève est un canton-ville ; en VS, problème des déplacements / vallées latérales / et taille du canton. Des équipes mobiles, ? oui, au moins pour les situations de diagnostic, soins ambulatoires, suivi de séjour hospitalier.

La question du personnel est cruciale ; notamment la formation. Entité formatrice, avec un agrément de former, ce qui pourrait constituer un attrait.

L'accessibilité est importante : accessibilité physique bien sûr, mais accessibilité aux soins surtout. Donc avoir une visée à bas seuil.

### **La Suite :**

Etablissement d'un rapport (été 2025)

Proposition d'un modèle multifonction (genre Montétan)

Plan et recherche de financement pour les murs ; fonctionnement devra être pris en charge par la LAMAL (2<sup>e</sup> étape 2025 / 2026)

Localisation et emploi éventuel de l'existant

Organe de mise en place : Association ou Fondation : **l'Abri & Co**

Rôle d'accompagnement et de recherche par l'IDE

Date d'ouverture : ????

## **Discussion, conclusions, recommandations**

Ces deux présentations suscitent des discussions animées entre les participants.e.s, notamment, pour en revenir au terme de « couple » entre soins et punition, ou entre pédopsychiatrie et justice juvénile (il est bien compris ici que justice juvénile ne veut pas seulement dire tribunaux, mais aussi protection, éducation et prévention secondaire ou tertiaire).

Pour résumer les points de vue, on peut dire qu'aucun professionnel n'a la réponse à un acte, ou série d'actes, délinquant(s) **tout seul**, mais qu'il a besoin d'en comprendre la signification de la transgression à travers plusieurs approches, dont celle du psychiatre qui est alors considéré comme **un traducteur** et qui apporte un point de vue ; il ne faut pas systématiquement le voir comme un fournisseur de soins (qui guérit), mais surtout comme un professionnel qui donne un éclairage sur la situation (*care* et non *cure*). Ne pas confondre ces deux rôles. On se plaint toujours du manque de « psy »... mais on pense surtout au psy docteur et non au psy, acteur de protection, celui qui accompagne. Il est souligné ici la possibilité d'impliquer les pédopsychologues de manière systématique, contrairement à la justice pénale adulte.

Cela a une implication directe pour tous les professionnels : se **rencontrer rapidement** entre acteurs des différents champs pour mettre en place une prise en charge (stratégie ?) complète et multiforme. Trop souvent on attend, chacun dans son coin à se poser des questions au lieu d'échanger. L'interdisciplinarité exercée et non seulement proclamée !

Se mettre autour d'une même table, ce n'est pas seulement se parler, c'est aussi **reconnaitre les compétences** des uns et des autres. Décloisonner les savoirs.

Il faut non seulement écouter enfants, parents, professionnels, mais il faut **écouter différemment**. Et imaginer des réponses nouvelles, pas toujours conformes, parfois bricoler et ré-inventer.

Il y a dans ce domaine, toujours une tension à prendre en compte : **l'intérêt particulier de l'enfant en conflit avec la loi et l'intérêt de la société** (notamment intérêt d'être protégé, questions de sécurité publique) ; ces deux intérêts doivent être pris en compte de manière légitime. Cela signifie aussi la nécessité de mettre en place la prévention générale précoce, la détection des risques et la prévention ciblée sujet (prévention secondaire et tertiaire).

Pour les prises en charge protectionnelles et/ou éducatives, il y a pas mal d'inconnues ; si les peines sont définies et dans leur contenu et dans leur durée, en revanche pour les mesures éducatives ou thérapeutiques, c'est plus flou et ce flou est mal perçu par les enfants / adolescents, qui n'ont pas la même **perception du temps** ; pour eux/elles une année est une éternité et les objectifs doivent être placés à court terme. Dans les institutions ouvertes ou non, la **dynamique de groupe** est une donnée à ne pas sous-estimer : une seule jeune peut mettre en échec toute initiative, action, programme..., de manière aisée. A cet âge, l'impact du pair est bien plus forte que celle du père... Cela appelle donc à la prudence quand on accueille de nouveaux jeunes, ou qu'on mélange les groupes.

La **limite des 18 ans** pour intervenir n'est pas/plus très réaliste, tant les jeunes adultes présentent des problèmes au-delà de cette limite légale. Donc, il serait bon de prolonger les interventions. Jusqu'à 25 ans ?

Il a aussi été question de **bas seuil** : ne pas fixer des obstacles aux prises en charge, qui programment l'échec dès le départ. Les modèles classiques des prises en charge ont certainement évolué, il faut s'y faire et adapter, notamment pour les admissions dans les institutions.

Inquiétant, le recours massif aux **médicaments**, notamment dans les situations de placement ; l'éducateur doit gérer cela. Ne serait-il pas opportun de faire appel à des infirmiers/ières en psychiatrie, ou de responsabiliser les pharmaciens fournisseurs ?

L'effacement des pères constitue une donnée nouvelle et correspond à un **effacement de la règle, de la loi, de l'autorité en général**. Il y a longtemps que l'on en parle, mais la situation ne fait que s'amplifier. Le père éteint, c'est la loi qui s'estompe et faiblit.

### **Quelques recommandations**

Dans tous les cas complexes, créer rapidement un réseau interdisciplinaire

S'asseoir à la même table, sur des sièges de même hauteur

Ne pas tarder à impliquer le pédopsychiatre ou pédopsychologue

Evaluer la situation des intérêts : du sujet singulier (enfant/adolescent) vs de l'intérêt collectif (corps social)

Ecouter différemment les sujets pénaux et éviter de répondre en utilisant le catalogue : telle infraction = telle réponse.

Suivre les décisions et soutenir les institutions

Accueillir à bas seuil et rester innovant

Repenser les limites d'âge.

Sion, le 5 juin 2025

Jean Zermatten

