

NOUVELLE FORME DE DELINQUANCE CHEZ LES JEUNES LIEE À LA CARENCE DE L'AUTORITE PATERNELLE. A PROPOS DE 3 CAS.

Olfa Dakhlaoui, Fakhreddine Haffani.

Service de psychiatrie E, hôpital Razi, rue des orangers, La Manouba

La société tunisienne est en pleine mutation, et ce changement concerne particulièrement le statut de la femme et ses rapports à l'homme.

Le modèle de la « famille conjugale » défini par Durkheim (nucléaire, de tradition patriarcale, stable et asymétrique dans son organisation) est remis en cause aujourd'hui. (1, 2)

En effet, de par son émancipation, son accès au domaine professionnel et politique, la femme voit ses responsabilités s'élargir au sein de la famille et de la société ; elle est devenue concurrente de l'homme; leurs rôles respectifs se sont embrouillés, le père a du mal à conserver sa place, et l'autorité semble désertier certaines familles actuellement (2).

Ce délitement du rôle paternel ne serait-il pas impliqué dans l'apparition d'une nouvelle forme de délinquance, à laquelle nous assistons aujourd'hui ?

En effet, nous constatons dans notre pratique, l'émergence de conduites antisociales et de comportements violents chez des jeunes issus de milieux aisés, « délinquants à col blanc », « délinquants de la jeune bourgeoisie » qui se distinguent de la psychopathie classique.

S'agit-il d'un phénomène social nouveau témoin de l'évolution de notre société et en rapport avec l'affaiblissement du rôle du père et de la fonction paternelle?

Nous nous proposons de décrire les caractéristiques de ce « nouveau visage » de la délinquance et de réfléchir sur ses origines?

MATERIEL ET METHODES

Nous illustrons notre réflexion par l'étude de trois observations cliniques de sujets hospitalisés dans le service de psychiatrie légale de l'hôpital Razi à la suite d'un non-lieu pour cause de démence (article 38 du code pénal).

VIGNETTES CLINIQUES

1ère vignette clinique

« Mon père..., c'était un ami, un confident... Il me pardonnait toutes mes bêtises... »

Tels étaient les propos de KB, lors d'une de ses hospitalisations, en parlant de son père et de la relation qu'il entretenait avec lui. KB, célibataire et sans profession, est né en 1977. Il est l'aîné de sa fratrie. Son père, retraité d'une compagnie aérienne, a ouvert une cafétéria; sa mère est commerçante. Ses parents ont divorcé à la suite d'une conjugopathie alors que KB était âgé de 7 ans. (Son père était alcoolique et violent)

Il a d'abord vécu chez ses grands-parents paternels pendant 5 ans, à qui il volait de l'argent et qui étaient toujours tolérants

vis-à-vis de lui; il a rejoint ensuite le nouveau foyer de son père remarié. Sa mère était partie en France en 1984 à la suite du divorce, et l'aurait abandonné. Elle n'a donné signe de vie que 8 ans plus tard. A son retour en Tunisie, elle reprend KB qui était âgé de 16 ans. KB a été scolarisé dans une école privée jusqu'en 7ème année secondaire. Il aurait bénéficié d'une formation d'assistant réalisateur en France mais n'a jamais exercé. Il a été d'ailleurs arrêté et expulsé en 2003 pour violence grave.

Il travaille de façon irrégulière dans la cafétéria de son père.

Depuis son jeune âge, KB présentait des troubles des conduites sociales, des problèmes d'indiscipline à l'école, des fugues du milieu familial et scolaire, de nombreuses rixes, ainsi que de multiples vols. Ces manifestations se sont aggravées à l'adolescence avec l'apparition de troubles caractérisés à type d'impulsivité, d'agressivité, d'intolérance aux frustrations, et d'une instabilité. Depuis l'âge de 17 ans, il a développé des conduites alcooliques et toxicomaniaques, et des comportements à risque. Il multipliait les actes transgressifs, ne reconnaissait aucune autorité ni interdit, ce qui lui a valu plusieurs incarcérations pour vol et plusieurs affaires en justice pour agression physique et violence. KB a été hospitalisé à l'hôpital Razi dans le service de psychiatrie légale à deux reprises : la 1ère hospitalisation en 1997, soit à l'âge de 20 ans, suite à un non-lieu pour cause de démence (article 38 du code pénal) pour consommation et détention de drogue. La seconde en 2004, à l'âge de 27 ans suite à un non- lieu pour violence.

L'examen psychiatrique lors de ces deux hospitalisations avait objectivé des traits de caractère marqués par l'impulsivité, l'intolérance aux frustrations, une tendance à la séduction et la manipulation ainsi qu'une grande immaturité affective.

Il rejetait sans cesse la responsabilité de ses échecs sur autrui et sur son environnement social.

Il avait manifestement une faible capacité d'insight.

Par ailleurs son contact était de bonne qualité, son discours était cohérent, dépourvu de productions mentales pathologiques. Il n'avait pas de troubles thymiques. Sa mère expliquait les actes et les conduites de son fils par « un désir inconscient d'auto-destruction », elle se montrait très culpabilisée, considérait qu'elle est responsable de ce qui arrive à son fils, mais accuse en même temps son mari de n'avoir pas su « élever » et « aimer » ses enfants. Cette mère était théâtrale, hyperexpressive et ambivalente vis-à-vis de son fils.

Son père rapportait que depuis que KB vivait chez sa mère, il n'a plus eu aucune autorité sur lui.

Il ajoutait : « KB a été protégé par sa mère qui lui réalisait tous ses désirs et demandes. Elle était ambivalente, tantôt

hyperprotectrice, tantôt rejetante quand il la décevait »
KB, interrogé sur ses parents, nous décrivait son père comme assez inconsistant, « c'était un ami, un confident, il me pardonnait toutes mes bêtises »

Ce père essayait toujours de réparer les fautes de son fils.
A chaque fois que KB avait un problème avec la justice, il se présentait pour avoir un certificat attestant que son fils était malade.

Ses demandes étaient toujours sous-tendues par le désir de le faire échapper à la justice et ce pour cause de maladie.

Quant à sa mère, il entretenait des rapports amoureux « oedipiens » avec elle, « Elle aurait refusé de se marier pour lui », « Elle s'était sacrifiée pour son bien ».

Il en était très attaché, ne croyait qu'en elle et voulait toujours lui faire plaisir.

2ème vignette clinique

« Il avait des conflits précoces avec toute forme d'autorité, il n'a jamais supporté le NON » disait la mère de MC.

MC est né en 1980, il a une sœur aînée. Il est célibataire et sans profession.

Appartenant à une famille aisée, son père était avocat et enseignant de droit. Ses parents ont divorcé alors qu'il était âgé de 3 ans. Il a vécu avec sa mère et sa sœur mais son père était très présent et s'occupait régulièrement de lui jusqu'à la date de son remariage en 1992. MX s'est retrouvé livré à lui-même, son père était devenu absent, aucune autorité n'a été exercée sur lui depuis. Sa mère était également quasi-absente.

Vers l'âge de 13-14 ans, il a commencé à avoir de mauvaises fréquentations, à faire l'école buissonnière et à avoir des conduites alcooliques et toxicomaniaques.

Son adolescence était tumultueuse, marquée par des comportements de provocation à l'égard de son père, une révolte contre son système éducatif, ses valeurs.

Une aggravation des conduites toxicomaniaques (cannabis, psychotropes) et l'apparition de conduites délictuelles (rixes, vol, agression) ont fini par émailler l'évolution.

Il a eu 4 arrestations pour: agression en état d'ivresse, vol avec effraction d'une voiture, agression physique, vol d'autoradio, mais il n'a jamais été incarcéré.

Sa scolarité était marquée par une grande instabilité, des arrêts et des reprises intempestifs dans des lycées privés, soldés par l'arrêt définitif de ses études en 7ème année secondaire.

Il est d'ailleurs parti en France en 2001 pour passer son baccalauréat. Lors de son séjour, il n'a pas poursuivi ses études, a fréquenté une fille toxicomane ; les conduites addictives sont devenues quotidiennes avec consommation de drogues dures (cocaïne, héroïne, ecstasy). Il a également été incarcéré en France pendant 2 mois pour braquage, puis expulsé en 2002.

MC a été hospitalisé à deux reprises dans le service de psychiatrie légale. La 1ère hospitalisation à l'âge de 21ans, adressé de son service d'origine pour soins, comme malade difficile (antécédent d'évasion, refus des soins). Il y était en fait admis sous le mode de l'hospitalisation d'office à la suite d'un cambriolage de voiture dans un contexte d'ivresse, sans poursuites judiciaires. L'examen avait objectivé un sentiment de mal être évoluant depuis près de 3 ans, un désinvestissement des activités de loisir et une incapacité à ressentir des émotions

positives. Il présentait également des manifestations anxieuses : instabilité, oppression thoracique, sentiment de peur vague.

La 2ème hospitalisation à l'âge de 23 ans, adressé pour soins, comme malade difficile (tentative d'évasion), comme la première fois. Il était admis sous le mode de l'hospitalisation d'office pour hétéro agressivité intrafamiliale dans un contexte d'alcoolisation aigue. MC était dysphorique, rejetait sans cesse la responsabilité sur ses fréquentations qui selon lui, étaient à l'origine de sa toxicomanie : « c'est l'influence d'amis qui m'ont initié à la drogue... »

Il avait des difficultés à verbaliser ses émotions et affects, une faible capacité d'introspection, et une faible maturation.

Il se décrivait comme impulsif, ne pouvant pas différer ses désirs, ni contrôler ses pulsions. Dans le service, il se montrait manipulateur, présentait des états d'agitation réactionnels à la moindre frustration.

3ème vignette clinique

« J'étais toujours hyper protégé par mon père, je me sentais intouchable... »

AD, est né en 1980. Son père, haut fonctionnaire, l'a toujours préféré au reste de sa fratrie dont il était l'aîné. Il ne pouvait jamais lui refuser ses demandes. Enfant, AD était turbulent, instable et intolérant aux frustrations.

Il était très gâté et surprotégé par sa famille, recevait de l'argent à volonté, possédait même une voiture. Très tôt ont commencé les problèmes disciplinaires. A l'école, il était agressif avec ses camarades de classe, multipliait les échecs scolaires; il a été renvoyé du lycée en 3ème année secondaire pour avoir agressé un élève et insulté un enseignant. Aussitôt, son père l'inscrit dans un lycée privé où il a poursuivi ses études jusqu'en 7ème année secondaire. Il a voulu intégrer la garde nationale mais sans succès. Il était célibataire et travaillait de façon irrégulière comme chauffeur du taxi de son père.

A son actif plusieurs arrestations pour violence et hétéro agressivité mais jamais d'incarcérations, le tout s'étant arrêté au poste de police grâce aux interventions de son père.

AD a été hospitalisé la première fois à l'hôpital Razi à l'âge de 22 ans sous le mode libre pour trouble du comportement à type d'hétéro agressivité. En effet, une semaine auparavant, il a agressé un voisin avec une arme blanche lui ayant occasionné une balafre au niveau du visage.

A l'examen, il était instable sur le plan moteur, irritable, rapportant que l'acte est survenu dans un contexte d'impulsivité, n'exprimant aucun regret ni remord.

La deuxième hospitalisation fût dans le service de psychiatrie légale, la même année quelques mois plus tard, sous le mode de l'hospitalisation d'office à la suite d'un non-lieu pour cause de démence pour tentative de meurtre avec préméditation.

AD tenait un discours cohérent, sans production délirante ni hallucinatoire, il était ancré dans la réalité, son humeur était dysphorique.

Il avait une tendance à l'apitoiement de l'interlocuteur, à la manipulation et au rejet de la responsabilité de ses échecs sur sa famille. Il expliquait en plus les actes de violence qu'il a commis par le passé, comme étant liés au fait qu'il se sentait protégé par son père, et donc « intouchable ».

Il rapportait également que son père était lui-même violent et

impulsif.

Il paraissait par ailleurs immature, avec absence d'autocritique. Concernant l'acte médico-légal, il l'exprimait sans regret ni culpabilité et aurait été selon ses dires en rapport avec un règlement de compte avec la victime. Il se décrivait d'ailleurs comme violent, agressif, en s'en vantant : « Je suis respecté dans mon quartier ».

Son comportement dans le service était globalement adapté, marqué toutefois par une intolérance aux frustrations et une impulsivité ainsi que par la transgression des règles. Il avait même tenté de s'évader du service en cassant les barreaux de la fenêtre de sa chambre.

TESTS DE PERSONNALITE

Les tests de personnalité projectifs (Rorschach et TAT) pratiqués chez nos trois patients ont mis en évidence un aménagement limite de la personnalité avec une angoisse de perte d'objet et une relation d'objet anaclitique.

COMMENTAIRES ET REFLEXION

La fonction paternelle permet la structuration psychique harmonieuse nécessaire à la construction de l'identité du sujet. « La fonction paternelle trouve ses fondements dans deux domaines: le champs social où s'établissent les ancrages et les particularités du père dans une société donnée, le champs du psychisme où s'établissent les ancrages du père en chaque sujet. » F. Hurstel. (3, 4, 5)

Nous distinguons ainsi la fonction paternelle du point de vue social, qui correspond à l'image du père dans la société, (7, 8, 9) et la fonction paternelle proprement dite, fonction symbolique, absolument indispensable pour que le sujet advienne et devienne un être social, acquière les notions de loi, de morale, de bien et de mal, et intègre les lois humaines fondatrices, celles de l'interdit de l'inceste, du meurtre, et de l'abus sur autrui. (9, 10, 11, 12)

Nous distinguons en effet, différents niveaux d'implication de la fonction paternelle en psychopathologie.

De la notion de « déclin », de « mise à mal », de « carence » de l'autorité paternelle, au concept structural de « forclusion du Nom-du-Père », nous balayons un large spectre de troubles psychiatriques allant des symptômes antisociaux en rapport avec une mauvaise intégration de la Loi, l'autorité et les limites chez des personnes en apparence « normales », jusqu'à la psychose. (11,13) La psychopathie demeure le modèle classique en rapport avec la carence de la fonction paternelle. (14, 15)

Notre réflexion a porté sur des jeunes hommes, vivant dans des milieux aisés, dont les pères occupaient un rang social et professionnel élevé.

Ces jeunes, ayant présenté certes des conduites psychopathiques, ne ressemblaient pas aux psychopathes classiques.

Ces sujets ont présenté très tôt des problèmes d'indiscipline au cours de leur scolarité. Ils ont développé par la suite des conduites délictuelles et toxicomaniaques, ainsi que des comportements antisociaux, défiant toute forme d'autorité, et tout ce qui a un rapport avec la loi. Leur trajectoire est

caractérisée par l'instabilité et l'inadaptation sociale.

Ils sont immatures, impulsifs, irrespectueux des normes et des lois, inamendables, rejetant sans cesse la responsabilité de leur échec sur autrui.

Cependant, plusieurs points distinguaient ces trois sujets des classiques psychopathes:

Leur parcours social:

Faisant partie d'une couche sociale favorisée, ils ont tous atteint le niveau de la 7ème année secondaire malgré les problèmes qu'ils ont rencontrés au cours de leur scolarité. Ils auraient pu être expulsés du système de l'enseignement, s'il n'y avait pas eu les interventions de leurs pères, riches, ayant un certain poids social. Ils sont parvenus, grâce à eux, à intégrer des écoles privées, et pour l'un d'entre eux, la possibilité de continuer ses études en France, ce qu'il n'a d'ailleurs pas terminées.

Les psychopathes, quant à eux, sont évincés de l'école primaire, se retrouvent dans la rue, replongés et baignant dans leur milieu précaire et propice aux actes antisociaux; ce qui renforce et entretient leur délinquance et leur mauvaises fréquentations. (14)

Leur parcours judiciaire:

Nous constatons que nos patients, comme les psychopathes, présentaient des comportements transgressifs, répréhensibles par la loi. Sauf que nous trouvons chez eux la notion d'arrestations mais jamais de poursuites judiciaires, ni d'incarcérations. Ils n'ont jamais été confrontés à la loi.

A chaque fois qu'ils devaient répondre de leurs actes devant la justice, leurs pères s'interposaient.

Ils étaient encore une fois, là, par leur pouvoir social et pécuniaire, pour parer aux conséquences légales.

Ces pères, annulaient, neutralisaient des conduites normalement punissables par la Loi, encourageaient par la même ces comportements, alors qu'ils étaient censés, de par leur fonction symbolique, transmettre la Loi, instaurer les limites et permettre l'intériorisation de l'interdit. (16)

Leur dynamique familiale et leurs rapports aux parents:

Nous relevons d'emblée la notion de séparation des parents, de discontinuité de l'investissement maternel et de carence de l'autorité paternelle. Les mères étaient ambivalentes, tantôt rejetantes, tantôt complices. Elles n'étaient pas toute-puissantes ni dans la lutte pour le pouvoir, comme ce qui est classiquement retrouvé chez les mères des psychopathes (14). Cependant, elles entretenaient des rapports oedipiens avec leurs fils et disqualifiaient les pères de leur fonction.

Ces pères présentaient manifestement une carence d'autorité. Il s'agit d'un aspect subtil de la défaillance de la fonction paternelle que nous rencontrons désormais et qui paraît liée à l'évolution de la société et la place du père à son sein. (6, 8, 17)

Ces pères se trouvent rivaux par des mères qui se veulent toutes-puissantes. Ils sont bafoués, disqualifiés de leurs rôles, réduits à des fonctions maternantes.

Ces pères, qualifiés de « copain », de « papa-gâteau », se complaisent dans leur position.

Ils sont démissionnaires, permissifs, encourageant les conduites de leurs enfants, mêmes les plus répréhensibles.

Ils cherchent à conserver sur eux un ascendant fondé sur la sympathie et non sur l'autorité, comme pour compenser, par

cette apparente tendresse, ou par l'argent, leur absence morale, leur manque d'intérêt profond et l'abdication de leur fonction paternelle.

Socialement et symboliquement privés d'occuper leur place légitime de tiers, ces pères se sentent obligés, par culpabilité ou démission, de ressembler à une bonne mère, donnant une image confuse de ce qu'est normalement un père.

De plus, ces pères étaient alcooliques et violents, renvoyant ainsi une image paternelle négative et rendant tout processus d'identification impossible.

Ces observations illustrent bien une fonction paternelle « mise à mal », qui a néanmoins opéré pour ces jeunes délinquants, puisqu'ils ont dépassé le cap de la différenciation, et échappé à la psychose; mais c'est son « déclin », sa « carence » qui a

précipité ces jeunes vers ces conduites antisociales. (18, 19)

En effet, ces mises en scènes de la toute-puissance par la drogue, la violence, l'alcool soutiennent une métaphore paternelle de la toute-puissance pour raviver ces pères défaits et lutter contre leur impuissance, impuissance surtout à satisfaire le désir d'une mère primordiale. (18)

CONCLUSION

En fin de compte, nous devons admettre que ces jeunes, appartenant à une catégorie sociale favorisée présentent un problème de barrières et de limites en rapport avec la carence d'autorité paternelle. Celle-ci serait favorisée par la mutation de notre société, et la nouvelle place qu'occupe désormais le père au sein de certaines familles « modernes » tunisiennes.

RÉFÉRENCES

1. Durkheim E. La famille conjugale. Paris: l'année sociologique, 1892 :35-49.
2. Lazartigues A, Morales H, Planche P. L'encéphale, 2005 ; 31 :457-65, cahier1.
3. Hurstel F. « carence » et « toute puissance » la question du père. *Enfance* 1979; 3-4: 227-235.
4. Hurstel F. Fonction paternelle et déracinement culturel. Qu'est-ce qui fonde la paternité ? *Bulletin de Psychol* 1977-78; 31: 10-11.
5. Hurstel F. Qui sont les pères qui paternent ? *Neuropsychiatrie de l'enfant*. Paris: PUF, 1985.
6. Cambefort JP. Enfances et familles, une approche psychosociologique. Paris: L'Harmattan, 2001.
7. Lebovici S, Cremieux R. A propos du rôle et de l'image du père. *La Psych. de l'enfant*, 1970; 13:2.
8. Mitscherlich A. vers la société sans pères. Paris: Gallimard, 1969.
9. Freud S. Le Moi et le ça, Essais de psychanalyse appliquée. Paris: Payot, 1972.
10. Lacan J. Les formations de l'inconscient. *Bulletin de psychologie* 1954; 9: 4-5.
11. Laplanche J, Pontalis JB. Vocabulaire de la psychanalyse. Paris: PUF, 2002.
12. Rassial JJ. La division du père. *Cliniques méditerranéennes* 2001; 64: 21-27.
13. Roudinesco E, Plon M. Dictionnaire de psychanalyse. Paris: Fayard, 1997.
14. Meloy R. Les psychopathes. Essai de psychopathologie. Paris: Frison Roche, 2000.
15. Zagury D. Le psychiatre face aux expressions actuelles de la violence. *Pesrp.Psy* 2001; 40:194-198.
16. Widlocher D. Fonction paternelle, complexe d'oedipe et formation de la personnalité. *Rev.Neuro-Psych. Inf.*, 1965; 10-11: 777-781.
17. Sutter Jm, Luccion H. Carence paternelle et carence d'autorité. *Rev.Neuro-psych. Inf.*, 1965; 10-11: 813-817.
18. Basse F. Icare et les sauvages. *Forensic* 2000; 4: 50-52.
19. Scharbach H. Le problème de la filiation dans la détermination de certains délits, ou défaillance de l'image paternelle et passage à l'acte anti-social. *Annales médico-psychologiques* 1978; 36: 294-304.