

Tendances oppositionnelles et trouble de la conduite relationnelle chez les mineurs incarcérés à la maison d'arrêt de Niamey

Oppositional trends and relational behavioral disorder among minors incarcerated in Niamey remand center

*AMADOU Soumana
Université Abdou Moumouni de Niamey
Département de Psychologie
soumanapsy@yahoo.fr*

Résumé

La présente étude souligne la relation psychodynamique entre les tendances oppositionnelles et le trouble de la conduite relationnelle des mineurs incarcérés à la maison d'arrêt de Niamey. La recherche s'inscrit, globalement, dans une perspective prospective avec un arrière-fond psychanalytique qui privilégie la prise en compte du vécu subjectif des participants. Aussi, la procédure de recueil des données a été essentiellement élaborée à partir de la méthode d'étude de cas articulée autour du dépouillement de cinquante-trois protocoles du test de « dessin de la famille » auquel nous avons soumis les participants.

Dans l'ensemble, les résultats stipulent que les tendances oppositionnelles représentent quelques-uns des facteurs les plus significatifs qui dynamisent le trouble de la conduite relationnelle de l'échantillon examiné. A cet égard, il s'avère indispensable de systématiser la prise en charge psychologique des mineurs incarcérés, d'une part, et d'entreprendre des recherches qui permettraient d'appréhender les facteurs prédictifs de l'étiopathogénie de leurs

passages à l'« acte délictueux » et/ou « criminels », d'autre part.

Mots-clés : tendances oppositionnelles, conduite relationnelle, mineurs incarcérés.

Abstract

This study highlights the psycho-dynamic relationship between oppositional personality tendencies and relational behavioral disorders in minors incarcerated at Niamey remand center. The research is generally part of a prospective perspective with a psychoanalytic background that favors taking into account the subjective experience of the participants. Also, the data collection procedure was essentially developed from the case study method articulated around the examination of around forty protocols of the “family drawing” test to which we submitted the participants.

Overall, the results state that the aggressiveness of oppositional personality tendencies is one of the most significant factors that energize the relational conduct disorder in the sample examined. In this regard, it is essential to systematize the psychological (or even clinical) care of incarcerated minors, on the one hand, and to undertake research which would make it possible to understand the predictive factors of the etiopathogenesis of their passages to the “tort” and/or “criminal”, on the other hand.

Keywords: oppositional tendencies, relational behavior, incarcerated minors.

Introduction

L'actualité des études relatives aux conduites problématiques chez l'enfant et l'adolescent reflète l'intérêt accru que l'on accorde, aujourd'hui, à l'affectivité juvénile qui est, effectivement, considérée comme le soubassement constitutionnel de ces comportements si fréquents et si intenses.

En fait, ce sont les remaniements psychoaffectifs qui constituent quelques-uns des mécanismes fondamentaux qui caractérisent les troubles survenant lors de la minorité (Jeanmet, 1992). Age recouvrant, notamment, l'adolescence, la minorité correspond, en effet, à une période charnière au cours de laquelle l'opposition entre conduite agie et comportement mentalisé prend toute son ampleur (Jeanmet, 1985). A cet âge, l'agir se manifeste, de manière privilégiée, comme mode d'expression des conflits et des angoisses (Jeanmet, 1980).

Les progrès de la psychopathologie juvénile, la nécessité de dépister précocement et, donc, d'intervenir le plus promptement et le plus efficacement ; tout cela a conduit les cliniciens à rechercher des instruments qui permettent d'appréhender la vie affective des jeunes. C'est ainsi que les tests projectifs se sont multipliés, que ce soit sous forme d'histoires à compléter, de dessins à faire à partir de thèmes choisis à l'avance ou même d'histoires à inventer d'après des dessins présentés. Dans tous les cas, l'on cherche à mettre en évidence le point de vue de l'enfant, ses réactions affectives à des situations familières ou traumatisantes sans, cependant, le questionner, ouvertement, sur sa vie privée.

En tout état de cause, le questionnement spécifique de ce travail de recherche nous a incité à privilégier l'emploi du test du dessin de famille qui a, effectivement, facilité le recueil des données ayant permis l'examen des modalités du rapport entre les tendances oppositionnelles et les troubles de la conduite relationnelle des mineurs incarcérés à la maison d'arrêt de Niamey.

1. Problématique

La problématique des liens entre les tendances oppositionnelles et le trouble de la conduite relationnelle chez l'enfant et l'adolescent se rapporte à une thématique récurrente dans le domaine de la psychopathologie juvénile. Elle a, notamment, cristallisé les débats autour de la définition des principaux déterminants du passage à l'acte lié à ce type de trouble souvent manifesté par l'enfant et l'adolescent (American Psychiatric Association/APA, 2005 ; De Ajuriaguerra, 1977 ; Misès et coll., 1988 et 2002 ; Organisation Mondiale de la Santé/OMS, 1992 et 1994).

Si les tendances oppositionnelles ne recouvrent pas, à elles seules, toute l'étendue de la signification de la conflictualité de certaines conduites de l'enfant ou de l'adolescent, l'agressivité qui les caractérise permet, au moins, d'appréhender la singularité de certaines manifestations symptomatiques dont l'expression complique la relation à autrui et la rend particulièrement difficile. Il est, effectivement, admis que le trouble de la conduite s'exprime, chez l'enfant et l'adolescent, par une palette de comportements très divers qui vont des crises de colère et de désobéissance répétées aux agressions graves comme le viol, le vol, les blessures, notamment ; leur caractéristique majeure étant l'atteinte aux droits d'autrui et aux normes sociales (APA, 2005). C'est dire que le comportement antisocial représente la donnée essentielle du trouble de la conduite juvénile qui, lui-même, s'articule, par ailleurs, autour des tendances oppositionnelles de leur personnalité.

L'abord clinique du trouble de la conduite juvénile évolue en fonction des recherches scientifiques dans le domaine de la santé mentale des enfants et des adolescents (Bailly, Bouvard, Casadebaig, Corcos, Fombonne et al., 2003). Il y a, en effet, peu de temps encore, les spécialistes de la psychopathologie considéraient ce type de trouble comme une pathologie psychique difficile voire impossible à circonscrire et, a fortiori, à traiter. Bien que de nombreuses incertitudes subsistent à propos de sa définition, de son étiologie, des facteurs de risque et des mécanismes étiopathogéniques sous-tendant sa survenue, il est, aujourd'hui, possible d'envisager sa

prise en charge diversifiée dans le cadre d'une pratique clinique mieux définie car pluridisciplinaire. Une telle option permettrait, probablement, d'améliorer le dépistage, la prévention et la thérapie des troubles de la conduite relationnelle juvénile sur la base d'une meilleure compréhension des facteurs étiologiques et des mécanismes psychodynamiques qui sont à l'origine de leur expression (Cohen-Salmon, Côté, Fourneret, Gasquet, Guedeny et al., 2005).

C'est dans cette optique globale que nous inscrivons la présente recherche, qui s'articule, systématiquement, autour des questions suivantes :

- Quelle est la prévalence des tendances oppositionnelles dans le trouble de la conduite relationnelle des mineurs incarcérés à la maison d'arrêt de Niamey ?
- Quelle est l'ampleur du lien structural entre les tendances oppositionnelles et la conflictualité de la conduite relationnelle des participants à l'étude ?
- Peut-on circonscrire les mécanismes étiopathogéniques du trouble de la conduite relationnelle de ces enfants et, par conséquent, prévenir, efficacement, le risque de survenue y afférent ?

Le concept de « conduite » n'est pas très différent de celui de « comportement », bien qu'y soient plus fréquentes des connotations morales. A ce titre, justement, il n'est pas aisé d'appréhender le concept de « trouble de la conduite » car il s'agit d'une entité qui se situe à l'interface de la psychopathologie et de la justice en alliant soins et réparations prenant place, par conséquent, entre l'hôpital et la prison. Ainsi, se pose la question de la différenciation et de la limite entre « trouble de la conduite » (diagnostic individuel psychopathologique) et « délinquance » (phénomène social). C'est dire, également, que c'est par le biais d'une approche développementale et clinique que le « trouble de la conduite » peut être relié à la « délinquance » ; cette dernière étant, néanmoins, exclusivement abordée selon des perspectives psychosociales et criminologiques par des auteurs comme Born (2003).

Le trouble de la conduite, chez l'enfant et l'adolescent, représenterait l'un des diagnostics les plus fréquents dans la population juvénile avec l'usage de drogue ; ce dernier étant, semble-t-il, plus fréquent que l'usage d'alcool (Teplin et al, 2002).

Selon certaines études (Zoccolillo, Tremblay et Vitaro, 1996 ; Laub et Vaillant, 2000), la prévalence du trouble de la conduite se situe, chez les garçons, entre 29 et 95%, celle des tendances oppositionnelles avec provocation systématique de 8 à 24%. Chez les enfants plus âgés, les mêmes recherches ont établi une relative diminution des tendances oppositionnelles avec provocation systématique, alors que l'âge n'aurait pas d'incidence s'agissant du simple trouble oppositionnel de la conduite.

En outre, d'après Laub et Vaillant (2000), il existerait une surmortalité des adolescents délinquants présentant ou non un trouble oppositionnel de la conduite associé ou pas à de la provocation systématique. De plus, le taux de mortalité est particulièrement élevé lorsque les comportements antisociaux, pendant l'adolescence, sont importants et en cas d'usage d'alcool.

D'autres auteurs ont attiré l'attention sur des formes différentes de troubles oppositionnels de la conduite, selon l'âge de début des troubles et en fonction du genre (Teplin et al., 2002). D'après Rutter et al. (1976), par exemple, le trouble débutant dans l'enfance (forme précoce) est différent de celui qui se déclenche à l'adolescence. Ainsi, les propos de ces auteurs laissent supposer que le trouble à début précoce (avant dix ans) est plus souvent persistant (Rutter, 2001) ; tout en ayant, également, un plus fort impact sur les acquisitions scolaires et en survenant, par ailleurs, assez régulièrement, dans un contexte familial pathologique (Rutter et al., 1976).

De nombreuses études, effectuées en milieu carcéral, ont montré que les garçons détenus avec des troubles oppositionnels de la conduite relationnelle ont un risque plus élevé de troubles mentaux comorbides (abus de produits psychoactifs, état de stress post-traumatique, déficit de l'attention/hyperactivité, notamment) associés, par conséquent, à des symptômes particulièrement handicapants (Ruchkin et al., 2003 ; Silverthorn et al., 2001). De plus, un moins

bon pronostic serait associé à davantage d'antécédents d'abus sexuels à un âge plus avancé de première détention et à des traits de personnalité pathologique de type « insensibilité » et « impulsivité » plus fréquents. Par ailleurs, les jeunes « délinquants » présentant des troubles oppositionnels de la conduite relationnelle à début précoce ont plus de risque de voir leurs comportements marginaux et violents se radicaliser que les délinquants présentant des troubles à début tardif (Langstrom et Grann, 2002).

D'autres facteurs de risque de persistance du trouble oppositionnel de la conduite relationnelle ont été mis en évidence ; c'est le cas de la déstructuration de la cellule familiale (Rutter et al., 1976), de la personnalité antisociale, d'un bas niveau d'intelligence et/ou des comportements marginaux des parents (Loeber et al., 2000).

Pour leur part, sachant que le trouble à début tardif est plus sensible à l'influence des pairs, Zoccolillo et al. (1992) ont montré que le risque d'évolution vers un dysfonctionnement social à l'âge adulte était moindre si le sujet avait pu nouer une relation affective avec un partenaire ne présentant pas de trouble oppositionnel de la conduite relationnelle.

De ce qui précède, l'hypothèse principale de cette étude suggère l'existence d'une articulation psychodynamique entre les tendances oppositionnelles de la personnalité des mineurs incarcérés à la prison civile de Niamey, d'une part, et le trouble qui caractérise leur conduite relationnelle, d'autre part. Autrement dit, la conflictualité de la conduite relationnelle des participants à cette étude est liée à l'agressivité qui jalonne les tendances oppositionnelles de leur personnalité.

Accessoirement, nous avons postulé les hypothèses spécifiques suivantes :

- La déstructuration de la cellule familiale ainsi qu'une parentalité marginale et/ou irresponsable constituent des facteurs de risque de dysfonctionnement de la conduite relationnelle du mineur incarcéré.

- Des facteurs étiopathogéniques comorbides (abus de produits psychoactifs, antécédents de stress post-traumatique, entre autres) s'articulent autour de la conflictualité qui caractérise le vécu relationnel des participants à l'étude.

2. Méthodologie

2.1. Contexte physique et humain de la recherche

La ville de Niamey, capitale du Niger, représente le cadre idéal pour le recueil des informations permettant d'éclairer la problématique spécifique qui nous préoccupe ici. Notons, en effet, que la population de Niamey est très jeune ; plus de 51,9% ayant moins de 15 ans. Ville où le traditionnel et le moderne s'interpénètrent profondément, Niamey se présente comme un prototype de mégalopole africaine dont le développement, extrêmement rapide, est difficilement contrôlable. N'ayant pas à souffrir de la concurrence d'une ville d'importance comparable dans tout le pays, Niamey grandit sans cesse profitant, notamment, des fonctions politico-administratives et économiques qui y sont concentrées et qui lui permettent, effectivement, d'accroître son envergure sous régionale, régionale et même internationale (Diarra, 1977).

A Niamey, le processus de mutation socioculturelle se traduit par des transformations structurelles particulièrement visibles. L'un des modèles institutionnels qui favorise ce phénomène est d'abord, évidemment, l'école de type occidental. En effet, c'est dans ce « moule » que l'enfant effectue quelques-uns de ses apprentissages fondamentaux car, en principe, dès son très jeune âge, il n'est supposé connaître que ce seul milieu éducatif, y passant normalement l'essentiel de son temps (Diawara, 1988).

C'est dans ce contexte urbain, avec ses particularités humaines et physiques, que nous avons recueilli les données de ce travail d'investigation ; notre objectif principal consistant à explorer les tendances oppositionnelles de la personnalité des participants à cette étude avec l'allégation principale qu'elles représentent quelques-uns des facteurs impliqués dans la conflictualité de leur

conduite relationnelle.

2.2. Profil des participants à l'étude

Il s'agit des mineurs incarcérés à la maison d'arrêt de Niamey et qui, pour des délits et/ou crimes divers (vol, viol, infanticide, etc.), ont été placés en détention. L'échantillon est constitué par la tranche d'âge située entre 13 et 17 ans ; de nombreuses études s'accordant pour dire que cette étape de la vie représente l'une des périodes où s'opèrent les modifications décisives concernant la structuration de la personnalité d'un individu (Bourcet, Tyrode et Rasclé 2000 ; Chartier J.P., 1997 ; Gutton, Bourcet et al., 2004 ; Rassial, 2010 ; Tyrode et Bourcet, 2006). Ce serait, en particulier, une époque jalonnée de crises multiformes et de conflits incessants avec l'entourage socio-familial (Marcelli et Braconnier, 2013 ; Moro et al., 2015). Ainsi, c'est de cette frange de la population juvénile que nous avons extrait l'échantillon ayant permis de conforter les hypothèses de travail que nous avons précédemment émises ; sachant que la procédure d'échantillonnage a été effectuée selon la technique du choix raisonné (Berthier, 2012).

La tranche d'âge ciblée offrait, par ailleurs, beaucoup plus d'opportunités quant à la constitution de groupes appariés et, par conséquent, idéalement comparables du strict point de vue de la structuration psychoaffective du trouble de la conduite relationnelle rapportée aux tendances oppositionnelles de la personnalité. C'est ainsi que nous avons constitué deux échantillons (E_1 et E_2) qui sont, effectivement, équivalents sous l'angle de critères tels que l'âge et la provenance socio-familiale qui sont, entre autres, deux des principaux facteurs dont le contrôle était indispensable au regard des objectifs poursuivis par la présente recherche.

L'échantillon « expérimental » (E_1) regroupe les protocoles de dessin de famille de vingt-quatre participants - soit 50% des mineurs détenus - parmi les 48 mineurs qui étaient incarcérés lors de la réalisation de cette recherche et dont les proches ont accordé leur consentement libre et éclairé pour le recueil des données de l'enquête de terrain. Le milieu social d'appartenance du groupe était,

sensiblement, le même que celui du « groupe-contrôle ». S'il est vrai que de tels ajustements méthodologiques peuvent paraître artificiels dans une réalité ordinairement continue, il n'en demeure pas moins qu'ils sont légitimés par la particularité du profil des participants à l'étude et par la particularité du questionnement qui nous préoccupe dans cette recherche.

Quant au « groupe-contrôle » (E_2), il est composé de 29 participants des deux sexes, âgés de 13 à 17 ans et fréquentant les établissements du secondaire de Niamey. Ils ont, pour la plupart, une scolarité relativement satisfaisante d'après l'appréciation de leurs enseignants attestée par les résultats scolaires consignés dans leurs dossiers.

En outre, nous avons éliminé, dans les deux échantillons, les participants qui n'avaient pas une histoire familiale assez stable : enfants « naturels » et/ou ceux qui ont vécu des situations particulièrement traumatisantes (maladies chroniques et/ou particulièrement handicapantes, par exemple), notamment. Aussi, on peut considérer que les protocoles de dessin de famille qui ont été retenus proviennent d'enfants issus de familles « normalement » constituées ; même si, dans la plupart des cas, les rangs des enfants au sein de leurs fratries respectives, ainsi que les dynamiques familiales qui les enrobent étaient particulièrement hétérogènes.

Notons, en outre, qu'il s'est agi d'un échantillonnage par choix raisonné (Berthier, 2012) ; les deux groupes ayant été constitués sur la base exclusive du consentement des jeunes participants associé à celui de leurs proches.

L'esprit général de la méthodologie ayant été clarifié et ses limites étant circonscrites, nous allons maintenant aborder la question relative à la mise en place concrète du dispositif technique de recueil des données de la recherche. Chemin faisant, des indications seront aussi données par rapport à l'analyse et au traitement des renseignements de l'enquête de terrain.

2.3. Matériel de recueil et de traitement des données

Afin de recueillir les informations permettant d'éclairer nos hypothèses de départ, nous avons utilisé le « test du dessin de famille » dans la trame des études de cas. Il s'agit d'une épreuve projective dont la consigne la plus courante consiste à demander à un sujet de « dessiner une famille qu'il invente ». Malgré cela, on peut s'attendre que le « principe de réalité » joue à fond son rôle pour imposer, au sujet, une reproduction fidèle de sa famille. Néanmoins, il se trouve, le plus souvent, que de nombreuses déformations apparaissent ; ce qui permet, par une analyse de la structure dudit dessin, d'appréhender la nature des relations du sujet avec son entourage (Corman, 1985).

« Le dessin doit donc intéresser l'observateur au-delà de ce qu'il est censé représenter. Certes, l'enfant a besoin qu'on trouve "belle" l'œuvre qu'il a réalisée ; mais des dessins malhabiles sont souvent plus riches de création que d'autres trop parfaits, souvent stéréotypés » (Wallon, 2001, p. 4).

Etant donné que le dessin correspond à une activité essentiellement enfantine, il représente un outil d'information sur le ressenti du sujet, sur sa part psychique intime et sur ses capacités relationnelles (Wallon, Cambier et Engelhart, 1990 ; Widlöcher, 1998).

Dans le présent travail, nous avons substitué à la consigne classique celle qui a été préconisée par Corman (1985) dont la teneur est la suivante : « dessine une famille, une famille que tu inventes » ; une telle instruction favorisant, pertinemment, la projection des tendances oppositionnelles de la personnalité.

Sans nous étendre trop longtemps sur l'historique du concept de projection, notons, simplement, qu'il a d'abord été employé par Freud (Chabert, Anzieu et Estelle, 2017) pour désigner :

Un mécanisme de défense contre l'angoisse. Dans ce sens, la projection consiste à attribuer ses propres tendances, désirs et/ou sentiments à d'autres personnes ou au monde extérieur, par un mécanisme psychique inconscient permettant au sujet

de ne pas prendre conscience de l'existence, en lui-même, de ses phénomènes indésirables. La projection, ainsi définie, a particulièrement été étudiée par Freud dans la paranoïa, et, aussi, dans l'origine du sentiment religieux ;

Un mécanisme, beaucoup plus général, consistant en ce que le souvenir de nos perceptions antérieures tend à influencer la perception des stimuli actuels.

En résumé, la projection, au sens psychanalytique, implique les trois éléments suivants : le caractère d'inconscience des projections, la fonction de défense du Moi et la réduction de la tension psychologique (Emmanuelli et Azoulay, 2017).

Quant à la symbolisation des tendances oppositionnelles à travers le « test du dessin de famille », il est loisible d'y reconnaître un processus psychique grâce auquel le moi se dédouanerait vis-à-vis de l'instance censurante. On sait, en effet, que la censure du surmoi, agréée voire soutenue par celle du moi, refoule dans l'inconscient les tendances indésirables. Or, comme les tendances censées être refoulées ne perdent rien de leur force vive et entrent en lutte avec l'instance refoulante pour s'exprimer vaille que vaille, un des moyens, pour le moi, de faire cesser la tension psychologique qui en résulte consiste à permettre à quelques-unes d'entre elles de réapparaître sous un déguisement, en l'occurrence sous un travesti qui empêcherait, au premier abord, de les reconnaître. De ce point de vue, la figuration symbolique d'une tendance oppositionnelle correspond à l'expression détournée d'une entité qui, bien que frappée d'interdit, est encore dotée d'un certain dynamisme (Widlöcher, 1998).

Ce qui caractérise les tendances oppositionnelles, c'est l'importance et la fréquence de l'agressivité conflictuelle qui les anime ; c'est, précisément, ce qui justifie l'extrême vigilance de la censure à leur égard.

Avant d'exposer les principaux résultats de notre recherche, il nous paraît pertinent d'ajouter qu'un autre avantage majeur de la figuration projective d'une tendance oppositionnelle procède du fait qu'un tel processus psychique permet de court-circuiter l'angoisse

associée au sentiment de culpabilité y afférent.

Il est arrivé, néanmoins, quelques fois, que des participants à cette recherche proposent des dessins de famille révélant d'authentiques vécus dramatiques ayant jalonné leurs existences et qu'en pareils cas la projection symbolique n'ait pu opérer pleinement. Dans de telles circonstances, nous avons étoffé les données des protocoles concernés à l'aide de la méthode des « Préférences-Identifications » (Corman, 1985) : nous avons, en effet, fait suivre le dessin d'un court entretien où l'enfant est invité à expliquer lui-même ce qu'il a réalisé, à définir les personnages, à en caractériser les fonctions, les sexes, les âges, de même que les relations mutuelles.

Appliquée à l'analyse de contenu du corpus des entretiens, la technique des Préférences-Identifications consiste à inviter le participant à exprimer ses penchants ou ses aversions à l'égard des différents personnages représentés, puis à s'identifier à l'un d'eux ; c'est-à-dire à choisir le personnage qu'il voudrait être. Cette méthode a le grand avantage de mettre en exergue la dimension subjective du point de vue du participant ; autrement dit, il s'agit d'un moyen permettant d'appréhender le vécu affectif se rapportant aux relations du participant avec son entourage (conflits, désirs, répulsions, mécanismes de défense etc.). C'est ainsi, par exemple, que la notion de « repli narcissique » introduite par Corman (1985, p. 8) s'est révélée particulièrement féconde pour rendre compte de l'investissement privilégié de l'image de soi à travers l'expression des figures des personnages dessinés.

Ainsi, nous avons recherché les caractéristiques des tendances oppositionnelles des participants à l'étude en procédant à une analyse du contenu des protocoles de dessins de famille ; ce qui nous a permis de souligner le lien entre l'agressivité de ces tendances et la conflictualité qui jalonne la conduite relationnelle des enquêtés.

Etant donné que la façon de dessiner les personnages sur un matériel projectif (simplement ou avec des détails réalistes) est assez significatif des problématiques identificatoires dont les sujets sont eux-mêmes le lieu, nous avons décidé de considérer certaines caractéristiques des représentations graphiques des participants

comme l'expression de leurs problèmes d'adaptation socio-familiale, sans qu'un unique indice, isolé de l'ensemble, suffise pour établir un tel diagnostic étiopathogénique (Sultan, 2004).

Par contre, s'il est vrai que l'agressivité qui spécifie les tendances oppositionnelles, à elle seule, ne nous renseigne que partiellement à propos des troubles du vécu relationnel des participants ; en revanche, la concomitance des tendances oppositionnelles - à la fois dominatrices et agressives - augure, régulièrement, de la conflictualité de leur conduite relationnelle¹.

Enfin, nous souhaitons insister sur le fait qu'il ne s'agit en aucun cas, ici, de traduire les protocoles obtenus en termes de conduites symptomatiques car, en matière de psychopathologie du jeune enfant, le diagnostic est modulable en fonction de l'arrivée de nouvelles informations qui viennent réorganiser ou nuancer les certitudes initiales. Pour cela, nous avons évité, autant que faire se peut, d'interpréter, systématiquement, les protocoles sélectionnés et, encore moins, d'en inférer des hypothèses diagnostiques à partir de la seule apparition de signes pathognomoniques qui pourraient laisser supposer la présence d'une entité pathogène. Nous estimons d'ailleurs qu'une telle démarche ne saurait être validée qu'à la condition qu'elle ait été étayée par plusieurs autres manifestations pathologiques congruentes se rapportant aux perspectives de départ.

3. Résultats

3.1. Présentation et analyse des résultats

Les protocoles que nous avons collectés puis rassemblés ont d'abord été traités à l'aide du S.P.S.² ; ce qui nous a permis d'affecter des valeurs statistiques aux principales variables contenues dans nos hypothèses de travail.

Quant à l'analyse qualitative, elle s'inspire, d'une part, de la méthodologie de Corman (1985) et, d'autre part, de la démarche préconisée par Chabert et al. (2017), car s'en tenir exclusivement à une lecture au premier degré des protocoles nous paraissait réducteur.

¹ Source : Données des protocoles de dessin de la famille

² *Statistic Package of Social Sciences*

En effet, l'analyse de contenu, appliquée aux dessins de famille de l'échantillon retenu, serait restée pauvre si elle s'était exclusivement limitée à tester l'adéquation des thèmes fournis par les participants aux caractéristiques objectives de leurs réalisations. C'est, en particulier, pour cela qu'il nous a paru pertinent d'approfondir l'interprétation des déformations de la projection symbolique lors de l'utilisation des mécanismes défensifs face à l'anxiété coupable que suscitent les tendances oppositionnelles s'exprimant dans le cadre des dessins de famille.

En définitive, cette mise en perspective projective et psychanalytique nous a conforté dans la conviction que seule une interprétation du contenu latent pouvait « dénuder » la conflictualité de l'agressivité qui caractérise les tendances oppositionnelles et nous a, ainsi, permis d'associer celles-ci au trouble de la conduite relationnelle des mineurs incarcérés à la maison d'arrêt de Niamey.

Tableau I : Répartition des indices d'agressivité liés aux tendances oppositionnelles suivant l'échantillon

Symptômes psycho-affectifs	E ₁ (N=24)	E ₂ (N= 29)
Agressivité	50,28%	34,61%
Anxiété	27,12%	28,50%
Agressivité associée à anxiété	16,25%	19,51%
Autres	06,35%	17,38%
Total	100%	100%

Source: Données d'enquête obtenues sous SPSS

Le tableau I présente la situation générale de la structuration psychoaffective des identifications des participants du groupe expérimental (E₁) comparée à celle des participants du groupe-contrôle (E₂). A ce titre, nous avons retenu les indices caractéristiques qui permettent de discriminer les enfants nettement agressifs (soit, respectivement, 50,28% et 34,61%) de ceux qui étaient ouvertement anxieux (soit, respectivement, 27,12% et 28,50%), d'une part ; et, d'autre part, ceux qui manifestaient, à la fois, des tendances agressives et anxieuses (soit, respectivement, 16,25% et 19,51%).

Tableau II : Proportions relatives au lien entre les tendances oppositionnelles et la conduite relationnelle selon l'échantillon

Structuration relationnelle	E ₁ (N=24)	E ₂ (N=29)
Particulièrement agressive	54, 23%	22,18%
Moyennement agressive	21,43%	38,07%
Plutôt ordinaire	28,57%	39,75%
Total	100%	100%

Source: Données d'enquête obtenues sous SPSS

Le tableau II souligne l'ampleur de la conflictualité du trouble relationnel lié aux tendances oppositionnelles selon que l'on se réfère au groupe expérimental E₁ (54,23%) ou que l'on considère le groupe-contrôle E₂ (22,18%) ; soit une différence significative de .05 (5%) puisque supérieure au seuil de 5,991.

Tableau III : Niveaux d'agressivité de la conduite relationnelle en fonction des tendances oppositionnelles d'après l'échantillon

Structuration relationnelle	Agressivité		Anxiété	
	E ₁ (N=24)	E ₂ (N= 29)	E ₁ (N=24)	E ₂ (N=29)
Particulièrement Conflictuelle	54,35 %	28,20%	40,47%	25,64%
Moyennement conflictuelle	28,78%	33,33%	30,96%	20,51%
Plutôt ordinaire	16,97%	38,47%	28,57%	53,85%
Total	100%	100%	100%	100%

Source: Données d'enquête obtenues sous SPSS

Le tableau III permet de « visualiser » les niveaux d'agressivité de la conduite relationnelle en fonction des tendances oppositionnelles ; sachant que, dans 54,35% des cas du groupe E₁, elle est particulièrement conflictuelle contre 28,20%, « seulement », des cas du groupe E₂ (soit une différence significative au .05 qui est supérieure au seuil critique de 5,991). On notera, en outre, que 40,47% des protocoles de dessin de famille du groupe E₁ présentent

un degré d'anxiété particulièrement conflictuel tandis que 25,64% des participants du groupe E₂ sont concernés par cet état de fait (soit une différence significative sensiblement supérieure à 5,991).

4. Discussion

Les résultats de cette étude suggèrent, globalement, que l'agressivité inhérente aux tendances oppositionnelles de la personnalité est, en grande partie, à la base de la conflictualité du trouble de la conduite relationnelle des mineurs incarcérés à la maison d'arrêt de Niamey (dans plus de 80% des cas de l'échantillon sélectionné).

Sur ce plan, nous rejoignons les constatations de Zoccolillo, Tremblay et Vitaro (1996), ainsi que celles de Laub et Vaillant (2000) qui soulignaient une prévalence significative des troubles oppositionnels de la conduite relationnelle chez la population juvénile. En effet, les résultats de la présente étude permettent d'insister sur l'importance de cette entité dysfonctionnelle chez les mineurs incarcérés à la maison d'arrêt de Niamey (plus de 66% de cas).

Par ailleurs, cette observation est solidaire de celle de Teplin et coll. (2002) d'après laquelle les troubles de la conduite relationnelle sont significativement fréquents en milieu adolescent (plus de 75% de cas) ; ce constat étant, à quelques nuances près, le même que celui ayant attiré l'attention de Rutter et coll. (1976).

Par rapport à la survenue de troubles mentaux comorbides (Ruchkin et coll., 2003 ; Silverthorn et coll., 2001), les résultats de la présente étude permettent de postuler l'existence probable de mécanismes étio-pathogéniques complexes que partagerait le trouble de la conduite relationnelle avec d'autres types de comportements à risque (abus de drogue, personnalité antisociale, entre autres).

En bref, bien qu'ayant conforté la principale hypothèse de départ, cette étude soulève une multitude d'interrogations impliquant, notamment, la nécessité d'une approche approfondie et étendue à de larges échantillons d'enfants et d'adolescents. Il serait, en effet, souhaitable de procéder, méticuleusement, à une analyse aussi

exhaustive que possible du trouble de la conduite chez les enfants et les adolescents nigériens dans la perspective d'en améliorer le dépistage, la prévention et la prise en charge ; de même que l'on aurait besoin de recherches qui exploreraient l'éventail des facteurs étiologiques et des mécanismes étiopathogéniques sous-tendant l'expression de ce trouble en clinique juvénile.

Conclusion

Dans le présent travail, nous nous sommes attelé à éprouver l'hypothèse d'après laquelle il y aurait un lien structural entre les tendances oppositionnelles de la personnalité et la conflictualité de la conduite relationnelle des mineurs incarcérés à la maison d'arrêt de Niamey. Il s'agit-là d'une allégation qui n'en exclut nullement pas d'autres qui auraient pu, également, être envisagées pour expliquer l'agressivité qui caractérise le trouble de la conduite de ce type d'enfants aux profils aussi divers que particuliers.

Dans tous les cas, il est indispensable d'étayer les hypothèses susceptibles d'être postulées en prenant du temps et en se donnant la peine, à l'aide d'une analyse clinique et projective rigoureusement argumentée qui tiendrait, notamment, compte des particularités développementales des enfants et de leur environnement. Sans compter que, dans la pratique, les tendances oppositionnelles se manifestent, généralement, sous une panoplie de conduites agressives (troubles oppositionnels avec provocation, troubles explosifs intermittents, troubles déficitaires de l'attention/hyperactivité, etc.), particulièrement difficiles à diagnostiquer. Il est vrai, d'ailleurs, que l'agressivité est tout aussi fréquente chez les jeunes souffrant, par exemple, de troubles de l'humeur (dépressifs, maniaques ou mixtes) ou encore de troubles anxieux. De plus, il s'est avéré que certains contextes peuvent, en outre, générer de tels comportements sans que ceux-ci soient, pour autant, intégrables à quelque syndrome psychopathologique que ce soit.

Enfin, rappelons que la comorbidité, c'est-à-dire l'association de plusieurs troubles, est très souvent fréquente chez l'enfant et l'adolescent. Le(s) diagnostic(s) éventuel(s) et le(s) choix

thérapeutique(s) dépendront, par conséquent, de multiples aspects, en particulier de l'évaluation diachronique ; tant il est vrai que l'apparition récente d'une symptomatologie agressive, chez un jeune enfant sans antécédents notables, peut signifier l'expression d'un épisode dépressif majeur ou bien la consommation, par cet enfant, de substances addictives.

Références bibliographiques

APA. (2005). *Manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux*. Paris : Masson.

Bailly D., Bouvard M., Casadebaig F., Corcos M., Fombonne E. et al. (2003). *Troubles mentaux : dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent*. [Rapport de recherche]. Paris : Institut national de la santé et de la recherche médicale/INSERM.

Berthier N. (2012). *Les techniques d'enquête en sciences sociales*. Paris : Armand Colin.

Born M. (2003). *Psychologie de la délinquance*. Bruxelles : De Boeck.

Bourcet S., Tyrode Y. et Rascle C. (2000). *Les troubles de l'adolescence*. Paris : Ellipses.

Chartier J.-P. (1997). *Les adolescents difficiles*. Paris : Dunod.
Chabert C., Anzieu D. et Estelle L. (2017). *Les méthodes projectives*. Paris : PUF.

Cohen-Salmon Ch., Côté S., Fournier P., Gasquet I., Guedeney A. et al. (2005). *Troubles de la conduite chez l'enfant et l'adolescent*. [Rapport de recherche]. Paris : ISERM.

Corman L. (1985). *Le test du dessin de famille*. Paris : PUF.

De Ajuriaguerra J. (1977). *Manuel de psychiatrie de l'enfant*. Paris : Masson.

Diarra F.A. (1971). *Femmes africaines en devenir : les femmes zarma du Niger*. Paris : Anthropos.

Diawara I. (1988). « Cultures nigériennes et éducation (domaines zarma-songhay et hausa) ». *Annales de l'Université de Niamey (Niger)*, III : 319-331.

Emmanuelli, M. et Azoulay C. (2017). *L'interprétation des épreuves projectives. L'école de Paris : sources, déploiements, innovations*. Paris : Erès.

Gutton P. et Bourcet S. (sous la dir. de). (2004). *La naissance pubertaire*. Paris : PUF.

Jeanmet P. (1980). « Réalité externe et réalité interne. Importance de leur articulation à l'adolescence ». *Rev. Franç. Psychanal.*, 44 : 481-521.

Jeanmet P. (1985). « Actualité de l'agir ». *Nouv. Rev. Psychanal.*, 31 : 201-222.

Jeanmet P. (1992). *Psychopathologie de l'adolescence*. Paris : PUF.

Langstrom N. & Grann M. (2002). "Psychopathy and violent recidivism among young criminal offenders". *Acta Psychiatr Scand Suppl*, 106: 86-92.

Laub JH. & Vaillant GE. (2000). "Delinquency and mortality: A 50-year follow-up study of 1,000 delinquent and no delinquent boys". *Am J Psychiatry*, 157: 96-102.

Loeber R., Burke JD., Lahey BB., Winters A. & Zera M. (2000). "Oppositionnel defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years, part I". *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 39: 1468-1484.

Marcelli D. et Braconnier A. (2013). *Adolescence et psychopathologie*. Paris : Masson.

Misès R., Portineau J., Jeanmet P., Lang J.-L., Mazet P. et coll. (1988). « Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent/CFTMEA ». *Psychiatrie de l'Enfant*, XXXI : 67-134.

Misès R., Quenada N., Botbol M., Bursztejn C., Durand B. et coll. (2002). « Nouvelle version de la Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent/CFTMEA ». *Annales Médico-Psychologiques*, 160 : 242-246.

Moro M.R. (sous la dir. de). (2015). *L'adolescent créatif face aux malaises de la société*. Paris : A. Colin.

OMS. (1992). *The tenth Revision of International Classification of Diseases and Related Health Problems/ICD 10*. Geneva: WHO.

OMS (1994). *Classification internationale des troubles*

mentaux et des troubles du comportement. Critères diagnostiques pour la recherche. Paris : Masson.

Rassial J.J. (2010). *Le passage adolescent.* Paris : Erès.

Ruchkin V., Koposov R., Vermeiren R. & Schwab SM. (2003). "Psychopathology and age at onset of conduct problems in juvenile delinquents". *J Clin Psychiatry*, 64: 913-920.

Rutter M. (2001). "Conduct disorder: future directions. An afterword". In, Hill J. & Maughan B. (eds), *Conduct disorders in Childhood and Adolescence.* Cambridge University Press: 553-572.

Rutter M., Tizard J., Yule W. Graham P. & Witmore K. (1976). "Research report: Isle of Wight Studies, 1964-1974". *Psychol Med*, 6: 313-332.

Silverthorn P., Frick PJ. & Renolds R. (2001). "Timing of onset and correlates of severe conduct problems in adjudicated girls and boys". *J Psychopathology Behav Assessment*, 23: 171-181.

Sultan S. (2004). *Le diagnostic psychologique : théorie, éthique et pratique.* Paris : Frisson-Roche.

Teplin LA., Abram KM., McClelland GM., Dulcan MK. & Mericle AA. (2002). "Psychiatric disorders in youth juvenile detention". *Arch Gen Psychiatry*, 59: 1133-1143.

Tyrode Y. et Bourcet S. (2006). *La violence des adolescents. Clinique et prévention.* Paris : Dunod.

Wallon, P. (2001). *Le dessin de l'enfant.* Paris : PUF.

Wallon P., Cambier A. et Engelhart D. (1990). *Le dessin de l'enfant.* Paris : PUF.

Widlöcher D. (1998). *L'interprétation des dessins d'enfants.* Liège : Mardaga.

Zoccolillo M., Pickles A., Quinton D. & Rutter M. (1992). "The outcome of childhood conduct disorder: implications for defining adult personality disorder and conduct disorder". *Psychol Med*, 22: 971-986.

Zoccolillo M., Tremblay R. & Vitaro F. (1996). "DSM-III-R and DSM-III criteria for conduct disorder preadolescent girls:

specific but insensitive". *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35: 461-470.