



UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2017

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Soigner, enfermer, éduquer : une étude nationale descriptive sur
les patients mineurs pris en charge dans les unités hospitalières
spécialement aménagées**

Présentée et soutenue publiquement le 6 octobre 2017 à 18h
au Pôle Formation

Par Suzanne BUYLE-BODIN

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Renaud JARDRI

Monsieur le Docteur Ali AMAD

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Thomas FOVET

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

AMM : autorisation de mise sur le marché

CEF : centre éducatif fermé

CER : centre éducatif renforcé

CP : centre pénitentiaire

CPI : centre de placement immédiat

CSP : Code de la santé publique

DI : direction interrégionale des services pénitentiaires

DREES : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DSP : dispositif de soins psychiatriques

EHESP : école des hautes études en santé publique

EPE : établissement de placement éducatif

EPM : établissement pénitentiaire pour mineurs

IC : intervalle de confiance

MA : maison d'arrêt

MCIT : mise en chambre d'isolement thérapeutique

OR : odds ratio

PJJ : protection judiciaire de la jeunesse

QM : quartier mineur

SL : soins libres

SMPR : service médico-psychologique régional

SPDRE : soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat

SSJ : suivi socio-judiciaire

TDAH : trouble du déficit de l'attention / hyperactivité

UHSA : unité hospitalière spécialement aménagée

Table des matières

Résumé	1
I. Introduction.....	2
A. La Justice des mineurs.....	3
1. Définition du mineur	3
2. Historique de la Justice pénale des mineurs :.....	3
3. L’organisation de la Justice des mineurs.....	7
B. Les mineurs détenus	10
1. Les lieux d’incarcération	10
2. Le régime de détention des mineurs détenus.....	12
3. Les mineurs condamnés – Les chiffres	13
C. La santé mentale des détenus mineurs.....	15
1. Les facteurs de risque et les facteurs protecteurs de la délinquance juvénile.....	15
2. Prévalence des troubles psychiatriques chez les détenus mineurs	16
3. Les troubles psychiatriques à la libération	18
4. Le suicide	18
D. Les dispositifs de soins pour les détenus mineurs	19
1. Généralités sur les soins aux personnes détenues.....	19
2. Les soins aux détenus mineurs : grands principes.....	19
3. L’organisation des soins psychiatriques pour les détenus mineurs	21
4. Les UHSA : principes de fonctionnement.....	23
E. Objectifs de l’étude	25
II. Méthode	27
A. Description de l’étude	28
B. Population étudiée	29
C. Outils statistiques	29
D. Information et consentement des patients	29
III. Résultats.....	30
A. Résultats de l’enquête nationale sur les mineurs hospitalisés en UHSA.....	31
1. Caractéristiques socio-démographiques	32
2. Caractéristiques des hospitalisations	32
3. Modalités d’accueil des patients mineurs en UHSA	36
B. Résultats complémentaires : enquête sur les patients mineurs accueillis à l’UHSA de Seclin .	39
1. Caractéristiques socio-démographiques	39
2. Parcours judiciaire.....	41
3. Antécédents médicaux personnels et familiaux	43

4. Prise en charge des mineurs à l’UHSA de Seclin.....	44
IV. Discussion.....	52
A. Principaux résultats et mise en perspective	53
1. Modalités d’accueil des patients mineurs en UHSA	53
2. Caractéristiques des patients mineurs accueillis en UHSA	55
3. Modalités de prise en charge	60
4. Evaluation des soins psychiatriques proposés aux détenus mineurs et recommandations	63
B. Proposition de recommandations pour l’accueil des patients mineurs en UHSA	66
C. Limites et perspectives	68
1. Limites.....	68
2. Perspectives	69
V. Conclusion	70
Références bibliographiques	73
Annexes	79

Résumé

Contexte : Au 1er janvier 2017, 758 personnes mineures étaient incarcérées en France (soit environ 1% de la population carcérale). Par rapport à la population générale du même âge, la prévalence des pathologies psychiatriques parmi ces détenus apparaît très élevée, nécessitant parfois des soins psychiatriques en hospitalisation à temps complet. Comme pour les personnes majeures incarcérées, ce sont les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) qui accueillent les détenus mineurs en hospitalisation avec ou sans consentement. L'objectif de cette thèse est de déterminer les caractéristiques cliniques et sociodémographiques de la population des patients mineurs ayant bénéficié d'au moins une hospitalisation en UHSA.

Méthode : Une étude rétrospective multicentrique incluant l'ensemble des patients mineurs hospitalisés en UHSA, depuis leur création en 2010 jusqu'au 1er janvier 2017 a été réalisée. Des données anonymisées sociodémographiques, cliniques, judiciaires et de prise en charge ont été recueillies à partir du dossier médical des patients.

Résultats : Au total, 80 patients mineurs ont été inclus, pour 120 hospitalisations en UHSA. Il s'agit généralement d'hommes (85%), âgés de 16,7 ans en moyenne. Ces patients sont majoritairement hospitalisés en soins libres (59%), pour des durées relativement courtes (48 jours en moyenne), suite à des passages à l'acte auto-agressif (43%). Les diagnostics principaux retenus sont les troubles psychotiques (25%) et les troubles anxieux (26%). Plusieurs difficultés de prise en charge (contact avec les familles et les éducateurs, accès à l'enseignement) ont été identifiées. Par ailleurs, 86% des patients bénéficient d'un traitement psychotrope à la sortie et 40% de ces prescriptions sont réalisées hors-AMM.

Conclusion : Outre son intérêt épidémiologique, cette étude souligne les difficultés actuelles dans l'accueil des patients mineurs en UHSA. Nous proposons des pistes d'amélioration pour la prise en charge de cette population autour de 3 grands axes : 1/ Aménagement spécifique des modalités d'accueil (accès à l'enseignement, lien avec les familles, etc.), 2/ Aménagement spécifique des prises en charge (éducation thérapeutique, activités thérapeutiques, formations pour le personnel soignant, prise en charge addictologique, etc.) 3/ Développement du travail partenarial (avec les secteurs psychiatriques, les éducateurs, la famille et l'administration pénitentiaire) pour favoriser la cohérence et la continuité des soins.

I. Introduction

« J'suis pas encore allé en taule, parait que c'est à cause de mon âge. Parait d'ailleurs que c'est pas Byzance que t'es un peu comme dans une cage »

Renaud, Deuxième génération

En France, les mineurs bénéficient d'un système judiciaire spécifique qui s'est construit parallèlement aux évolutions de la société. Les jeunes de plus de 13 ans peuvent être incarcérés dans des lieux de privation de liberté qui leur sont réservés.

Dans cette introduction, nous présenterons, dans un premier temps, un bref historique de la Justice des mineurs et son organisation actuelle. Nous nous intéresserons ensuite aux mineurs incarcérés, pour enfin évoquer plus précisément la santé mentale et les soins proposés à cette population spécifique.

A. La Justice des mineurs

1. Définition du mineur

D'après le dictionnaire Larousse, le terme « *mineur* » qualifie quelqu'un qui n'a pas atteint l'âge de 18 ans fixé par la loi pour la pleine capacité civile d'exercice et la responsabilité pénale.

D'après l'article 388 du Code civil, un mineur est « un individu de l'un ou l'autre sexe qui n'a pas encore l'âge de dix-huit ans accomplis » et sur le plan pénal, le mineur est « la personne poursuivie pour des faits commis avant ses 18 ans ». L'article 122-8 du Code pénal précise que « Les mineurs capables de discernement sont pénalement responsables des crimes, délits ou contraventions dont ils ont été reconnus coupables, dans des conditions fixées par une loi particulière qui détermine les mesures de protection, d'assistance, de surveillance et d'éducation dont ils peuvent faire l'objet ». Quel que soit l'âge au moment des poursuites ou de la condamnation, c'est l'âge au moment des faits commis qui est pris en compte.

2. Historique de la Justice pénale des mineurs

Parallèlement à l'évolution de la société et à la place de l'enfant au sein de celle-ci, la législation relative aux mineurs a connu de nombreuses transformations au cours des derniers siècles. Nous rappelons ici les grandes mutations de la Justice pénale pour les mineurs dans la société française (1-4).

a) De la punition à la protection

Les premières règles de droit relatives à l'enfance remontent à l'époque gallo-romaine. L'enfant est alors soumis à la « puissance paternelle ». La seule limite à cette autorité est l'interdiction d'être mis à mort par son père, cette sentence appartenant uniquement au souverain. Des institutions, dans lesquelles les enfants dits « rebelles » peuvent être internés, sont mises à la disposition des pères qui en font la demande auprès de l'Etat. Il n'y a pas de limite d'âge à la correction paternelle jusqu'au XVIIème siècle, date à partir de laquelle cette limite est fixée à 25 ans.

Après la Révolution Française, la Justice se substitue à l'autorité paternelle. L'envoi en institution est désormais laissé à la décision du tribunal qui juge les mineurs avec des dispositions d'atténuation des peines selon qu'ils ont agi avec ou sans discernement. Faute d'établissement, l'envoi en correction signifie souvent emprisonnement. La majorité pénale est alors fixée à 16 ans par le Code criminel. En 1804, le Code civil napoléonien rétablit la possibilité pour les mineurs de moins de 16 ans d'être incarcérés un mois à la demande de leur père, sans que le juge ne puisse s'y opposer. Les mineurs de 16 à 21 ans peuvent l'être également, mais avec l'autorisation préalable du juge.

La première moitié du XIXème siècle est marquée par une volonté de condamner les enfants coupables de délits, mais aussi de les éduquer et les moraliser. Les mineurs (dès l'âge de 7 ans) peuvent être condamnés à des peines privatives de liberté, souvent plus courtes que les majeurs. Ils sont alors envoyés soit :

- en prison (maison d'arrêt, maison centrale). Dans un premier temps, les mineurs peuvent être emprisonnés avec les adultes. Mais, pour répondre au principe pénitentiaire de séparation des mineurs et des majeurs, établi à l'époque, des quartiers réservés et des prisons spécifiques (par exemple, ouverture de la prison de la Petite Roquette en 1836) se créent progressivement ;
- dans des établissements spécifiques : colonies agricoles et industrielles, institutions religieuses et publiques d'éducation surveillée, colonies pénitentiaires et correctionnelles ;
- en milieu ouvert : patronage et liberté surveillée.

b) La priorité de l'éducatif sur le répressif

Progressivement, la Justice des mineurs intègre l'idée qu'il ne peut y avoir de délit qui ne soit pas la manifestation de difficultés éducatives et/ou psychiques. La fin du XIX^{ème} siècle et le début du XX^{ème} sont alors marqués par une série de lois et d'arrêtés définissant l'enfant comme sujet d'un droit à être protégé par une autorité supérieure à celle du père. En 1906, la majorité pénale passe à 18 ans, mais la majorité civile reste à 21 ans.

La juridiction des mineurs connaît une large refonte et se spécialise avec la **loi du 22 juillet 1912**, qui est à l'origine de la création des tribunaux pour enfants et adolescents. La même année, le législateur précise que les mineurs de moins de 13 ans ne peuvent plus être condamnés à une peine d'emprisonnement.

A la fin de la Seconde Guerre Mondiale, le gouvernement provisoire adopte **l'ordonnance du 2 février 1945** (5) réformant le droit pénal des mineurs pour mettre en place une réponse adaptée à la délinquance juvénile. Il s'agit alors pour la Justice des mineurs de protéger des « adultes en devenir » et non de sanctionner des « individus responsables ». Ce texte permet la création du juge des enfants et de la direction de l'éducation surveillée (devenue la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) en 1992) indépendante de l'administration pénitentiaire qui interviendra systématiquement auprès des mineurs détenus à partir de 2002. Il réaffirme la priorité de l'éducatif sur le répressif avec la présomption d'irresponsabilité du mineur.

De 1950 à 1980, les peines prononçables à l'encontre des mineurs se diversifient avec la création des mesures de liberté surveillée et de la peine de travail d'intérêt général pour les mineurs de 16 à 18 ans. La détention provisoire pour les mineurs de moins de 13 ans est interdite. En 1974, la majorité civile se cale sur la majorité pénale et est abaissée à 18 ans.

A partir de 1979, déclarée année internationale de l'enfant, plusieurs normes internationales sont élaborées et adoptées par l'Assemblée générale des Nations Unies :

- **Le 29 novembre 1985 : adoption des Règles de Beijing** (6) concernant l'administration de la Justice pour mineurs. Ces règles sont des perspectives fondamentales générales qui visent à favoriser la protection sociale des jeunes pour éviter l'intervention du système judiciaire ;

- **Le 20 novembre 1989** : adoption de la **Convention sur les droits de l'enfant** (7) par l'Assemblée générale des Nations Unies à New York. Cette convention vient compléter la **Déclaration des Droits de l'enfant** signée 30 ans plus tôt, le 20 novembre 1959 ;

- **Les « Règles de la Havane »** (8) pour la protection des mineurs privés de liberté et les **« Principes directeurs de Riyad »** (9) pour la prévention de la délinquance juvénile, adoptés par l'Assemblée générale le 14 décembre 1990.

c) De la lutte contre la délinquance à la Justice pénale des mineurs actuelle

La fin du XXème siècle voit naître un renforcement de la responsabilité des mineurs devant les tribunaux. En 1993, il est établi que le mineur doit réparer le trouble créé par l'infraction et le dommage causé aux victimes (mesure de réparation). Le traitement de la délinquance s'accélère avec une « tolérance zéro » et une nouvelle priorité : il faut protéger la société. Sont alors créés des centres éducatifs renforcés (CER) et des centres de placement immédiat (CPI) en alternative à l'incarcération des mineurs.

Le XXIème siècle se caractérise par une politique de renforcement de la lutte contre la délinquance et la récidive. La loi du 9 Septembre 2002 (dite « Perben 1 ») d'orientation et de programmation pour la Justice (10), permet notamment d'imposer le respect des mesures éducatives sous peine de sanction pénale, la création des centres éducatifs fermés (CEF) et des établissements pénitentiaires pour mineurs (EPM) (premiers établissements ouverts en 2007-2008) ainsi que la possibilité de placer en détention provisoire des mineurs âgés de 13 à 16 ans en matière délictuelle. La contrainte dans l'éducation est renforcée.

Toujours dans ce contexte, en 2005 et 2007, deux lois portant sur la récidive permettent de ne pas appliquer « l'excuse de minorité » aux mineurs (principe interdisant de prononcer à l'encontre d'un mineur une peine privative de liberté supérieure à la moitié de la peine encourue par un majeur pour l'infraction concernée) et de mettre en place des peines minimales en cas de récidive (dites « peines-plancher »). Ces deux mesures seront revues et modifiées en 2014.

En 2008, 70 propositions émises par la commission présidée par le recteur André Varinard sont remises au garde des Sceaux afin d'engager une réflexion et une réforme du Droit

pénal applicable aux mineurs (11). Le premier axe de ce rapport concerne l'élaboration d'une Justice des mineurs plus simple en créant, par exemple, un Code pénal dédié aux mineurs, ou en fixant un âge, 12 ans ici, à compter duquel l'enfant est présumé disposer de son plein discernement. Le second objectif de cette commission est d'adapter la Justice pénale des mineurs à l'évolution de la délinquance en proposant, par exemple, de déjudiciariser le premier acte de délinquance ou de mettre en place des établissements « judiciaires » spécifiques pour les mineurs de 12 à 14 ans. Devant les polémiques suscitées par certaines suggestions, peu d'entre elles seront ratifiées.

Enfin, plus récemment, le 11 octobre 2016, la loi sur la modernisation de la Justice (dite loi Justice XXI) est adoptée. Elle affirme la généralisation de la possibilité de prononcer une mesure éducative en parallèle à une peine et interdit la condamnation à perpétuité pour une personne de moins de 18 ans (peine de 30 ans maximum). Aussi, elle supprime le tribunal correctionnel pour mineurs.

Ainsi, la Justice pénale des mineurs a évolué au gré des changements politiques, économiques et des évolutions de la société française. Actuellement, l'éducatif prime sur le répressif et la responsabilité des mineurs est atténuée et graduée selon l'âge.

3. L'organisation de la Justice des mineurs

La Justice des mineurs concerne les mineurs en danger ainsi que les mineurs ayant commis des actes de délinquance. Ici, nous nous intéresserons à l'organisation de la Justice pénale des mineurs (12).

a) Principes fondamentaux

L'ordonnance du 2 février 1945 (5) énonce les principes fondamentaux qui régissent la Justice pénale des mineurs, notamment :

- principe de la primauté de l'éducatif ;
- principe d'individualisation de la peine : pour y répondre, une enquête de personnalité sur le mineur (enquête sociale, audition des proches, rapport éducatif, expertises, etc.) est systématiquement réalisée durant l'instruction ;

- aucun seuil d'âge n'est fixé pour engager la responsabilité pénale d'un mineur. Le juge apprécie si le mineur a agi avec discernement et peut donc faire l'objet de poursuites pénales. En revanche des seuils d'âge sont fixés pour les réponses judiciaires ;
- l'incarcération doit demeurer exceptionnelle. Les peines d'emprisonnement sont exécutées dans des quartiers pour mineurs ou dans un établissement pénitentiaire spécialisé pour mineurs ;
- l'excuse de minorité : le mineur n'encourt que la moitié de la peine encourue par les majeurs sauf si les circonstances de commission des faits ou la personnalité du mineur justifient que cette règle soit écartée, ou si les faits sont constitutifs d'atteintes volontaires à la vie ou à l'intégrité physique ou psychique de la personne, et ont en outre été commis en état de récidive légale ;
- la spécialisation des juridictions.

b) Qui prend les décisions judiciaires

En fonction des situations, les magistrats spécialisés rendent leurs décisions en différentes formations :

- le juge des enfants, qui siège au sein du tribunal de Grande Instance, intervient lorsqu'un mineur est suspecté d'une infraction tant pour instruire que pour juger. Il est saisi par le Procureur de la République. Aidé par les services de la PJJ, il procède à toute investigation utile sur les faits et la personnalité du mineur ;
- le tribunal pour enfants est une formation du tribunal de Grande Instance. Il est présidé par le juge des enfants aux côtés duquel siègent deux assesseurs et un greffier. Il est saisi pour les contraventions de 5^{ème} classe, les délits les plus graves et les crimes commis par des mineurs âgés de moins de 16 ans au moment des faits ;
- la cour d'assises des mineurs juge les crimes commis par des mineurs âgés de 16 à 18 ans au moment des faits. Elle est composée de trois magistrats professionnels (dont deux juges des enfants), d'un jury populaire (6 citoyens tirés au sort) et du greffier de la cour d'assises.

c) Les mesures, sanctions éducatives et les peines

En France, les mineurs capables de discernement sont reconnus pénalement responsables même si leur responsabilité pénale est considérée comme atténuée en fonction de leur âge. Les mesures ou sanctions éducatives et les peines doivent rechercher, en priorité, le « relèvement éducatif et moral » du mineur.

Des mesures, des sanctions éducatives et des peines peuvent être prononcées en fonction de l'âge du mineur :

- **mineur capable de discernement de moins de 10 ans** : certaines mesures éducatives peuvent être ordonnées (remise aux parents, le placement, la mise sous protection judiciaire, la réparation, la liberté surveillée, la mesure d'activité de jour) ;
- **mineur entre 10 et 13 ans** : ne peut faire l'objet que de mesures éducatives et de sanctions éducatives ;
- **mineur de plus de 13 ans** : des mesures et des sanctions éducatives peuvent être ordonnées, ainsi qu'une peine si les circonstances et la personnalité du mineur l'exigent.

Les **mesures éducatives** ont pour but de protéger, d'assister, de surveiller et d'éduquer le mineur. Elles peuvent être révisées à tout moment. Parmi ces mesures, nous pouvons citer la liberté surveillée avec suivi éducatif de la PJJ, le placement, ou encore la mise sous protection judiciaire.

Les **sanctions éducatives** sont applicables aux mineurs de 10 à 18 ans à la date des faits. Elles peuvent être prononcées seules ou groupées. Parmi ces sanctions, nous pouvons citer notamment le placement en CPI, en établissement de placement éducatif (EPE), en CER, ou en CEF.

Quant **aux peines**, elles fixent aux mineurs de plus de 13 ans, des obligations et/ou des interdictions. Citons notamment :

- le contrôle judiciaire : mesure pénale prononcée dans le cadre de l'instruction, avant jugement. Elle peut être ordonnée à l'égard d'une personne mise en examen qui encourt une peine d'emprisonnement ou une peine de réclusion criminelle ;

- le suivi socio-judiciaire (SSJ) : contraint le condamné à se soumettre à des mesures de surveillance ou d'assistance sous le contrôle du juge des enfants faisant fonction du juge d'application des peines. Cette mesure peut aussi comporter plusieurs obligations comme l'injonction de soins (non systématique). En cas de non-respect par le mineur de ses obligations, le juge peut mettre à exécution une peine d'emprisonnement ;
- l'injonction de soins : nécessitant la réalisation, en cours de l'instruction, d'une expertise médicale comportant une question sur l'opportunité de soins ;
- l'emprisonnement avec sursis ;
- la peine de prison : elle ne peut excéder la moitié de la peine maximale encourue par les majeurs pour tous les mineurs de moins de 16 ans au moment des faits. Cette diminution de peine n'est pas absolue pour les mineurs de plus de 16 ans, la juridiction pouvant décider de l'écarter, et la loi prévoyant qu'elle ne s'applique pas à certains mineurs récidivistes.

A noter que les mineurs de 13 à 16 ans peuvent être placés en détention provisoire en matière criminelle et en cas de violation des obligations du contrôle judiciaire en matière correctionnelle. La détention provisoire est possible pour les mineurs de plus de 16 ans en matière correctionnelle (si la peine encourue est égale ou supérieure à 3 ans), criminelle et en cas de violation des obligations du contrôle judiciaire.

Concernant les aménagements de peine, ils sont la seule compétence du juge des enfants (depuis le 1^{er} janvier 2005). Leur mise en œuvre est confiée au secteur public de la PJJ. Il s'agit notamment de la libération conditionnelle, du placement extérieur, de la semi-liberté, du placement sous surveillance électronique.

B. Les mineurs détenus

1. Les lieux d'incarcération

L'ordonnance du 2 février 1945 (5), prévoit que « les mineurs âgés de treize à seize ans ne peuvent être placés en détention que dans les seuls établissements garantissant un isolement complet d'avec les détenus majeurs ainsi que la présence en détention d'éducateurs dans des

conditions définies par décret en Conseil d'État». Les mineurs de plus de 16 ans peuvent exceptionnellement partager des activités pendant la journée avec des adultes, sous réserve d'une surveillance particulière et de l'autorisation du chef d'établissement. L'encellulement individuel est le principe. Un mineur peut être exceptionnellement placé avec un autre détenu de son âge pour motif médical ou raison de personnalité.

Le dernier alinéa de l'article 20-2 de l'ordonnance de 1945, ainsi que la circulaire du 24 mai 2013 relative au régime de détention des mineurs, prévoient que les mineurs, de plus de 13 ans, puissent être incarcérés dans deux structures distinctes :

- un quartier des mineurs d'un établissement pénitentiaire (QM) ;
- un établissement pénitentiaire spécialisé pour mineurs (EPM).

La liste des EPM et des QM des établissements pénitentiaires est fixée par arrêté du ministre de la Justice.

L'orientation du mineur doit être réalisée en fonction de son intérêt personnel, en tenant compte, dans la mesure du possible : des besoins en matière de prise en charge éducative et de formation, de son lieu de vie habituel et de la proximité de la juridiction en charge du dossier. Ainsi, « des rapports détaillés sur la situation personnelle et le cas du mineur doivent être rapidement établis et soumis à l'administration. Ces rapports concernent les situations psychologiques, sociales et médicales du mineur. Le directeur de l'établissement pourra donc, en connaissance de cause, décider du type de traitement et de programme de formation les plus adéquats » (13).

a) Les quartiers pour mineurs

Situés au sein de maison d'arrêt, de centre pénitentiaire ou de centre de semi-liberté, ils accueillent les mineurs, hommes, âgés de 13 à 18 ans. Au 1^{er} janvier 2017, il existe 809 places en quartier pour mineurs (14).

En raison du faible nombre de mineures femmes incarcérées, il n'existe aucun quartier spécifique pour ces mineures qui se trouvent donc parfois incarcérées dans un quartier de femmes adultes avec un régime spécial.

b) Les EPM

La loi n° 2002-1138 (10) d'orientation et de programmation pour la Justice du 9 septembre 2002 a créé les établissements pénitentiaires spécialisés pour mineurs, dont l'objectif principal est d'offrir un accompagnement pluridisciplinaire et individualisé. Ils accueillent des mineurs de 13 à 18 ans, prévenus ou condamnés, filles et garçons. Les personnes détenues sont hébergées dans des espaces dénommés « unités de vie » comprenant des salles communes et des cellules.

Ce type d'établissement doit être privilégié dans les cas où une détention longue est prévisible, notamment dans le cadre des procédures criminelles (15).

Six établissements ont ainsi été construits depuis 2007 (voir **tableau 1**) :

Tableau 1 : Les établissements pénitentiaires pour mineurs en France

EPM	Localisation	Nombre de place*
Lyon	Meyzieu	50
Mantes-la-Jolie	Porcheville	60
Marseille	Marseille	59
Nantes	Orvault	55
Toulouse	Lavaur	59
Valenciennes	Quiévrechain	59

*nombre de place au 1^{er} janvier 2017 (Statistique mensuelle des personnes écrouées et détenues en France – situation au 1^{er} Janvier 2017 – Direction de l'administration pénitentiaire)

2. Le régime de détention des mineurs détenus

Le régime spécifique de détention des mineurs est régi, de façon générale, par l'ensemble des règles minima pour le traitement des détenus et, plus spécifiquement, par la circulaire du 24 mai 2013 (15). A noter que l'administration pénitentiaire prend en compte l'âge du mineur au moment de la détention.

« L'un des objectifs de l'institution de placement sera de rendre les mineurs capables d'assurer un rôle constructif et productif dans la société. Afin d'y parvenir, l'institution doit lui fournir une protection, une assistance (sur un plan social, éducatif, professionnel,

psychologique, médical et physique), une éducation et des compétences professionnelles qui doivent tenir compte de leur âge, de leur sexe et de leur personnalité afin de leur assurer un développement harmonieux » (6,8).

Les mineurs détenus bénéficient ainsi d'une prise en charge adaptée par une équipe pluridisciplinaire (administration pénitentiaire, protection judiciaire de la jeunesse, éducation nationale, service de santé) qui a pour vocation à travailler :

- le suivi individuel de la situation du mineur et le maintien des liens avec les familles ;
- le sens de l'incarcération et du suivi ;
- les bilans et accompagnements sur le plan sanitaire et psychologique ;
- le travail éducatif et de formation au quotidien. L'obligation scolaire ne s'applique qu'aux mineurs de moins de 16 ans ;
- la préparation du projet de sortie.

A noter que les mineurs n'ont pas le droit de fumer, ni de « cantiner » (modalité d'achat des produits de la vie courante en milieu carcéral) du tabac en détention.

3. Les mineurs condamnés – Les chiffres

En 2015 : 217 800 mineurs ont été impliqués comme auteurs dans une affaire de délinquance (infractions, délits et crimes confondus) traitée par les parquets. Les juridictions pour mineurs ont été saisies dans 61 069 cas et 44 524 mineurs ont été condamnés (16,17). On note donc une augmentation du nombre d'affaires poursuivables impliquant des mineurs, passant de 132 100 en 2000 à 165 138 en 2015 (14,17). Mais il est à préciser que le nombre de majeurs mis en cause a également beaucoup augmenté. Ainsi, Laurent Mucchielli et Véronique le Goaziou, dans leur livre « La violence des jeunes en question » décrivent qu'« en soi, cela suggère déjà que si augmentation de la délinquance des mineurs il y a, elle ne constitue pas un phénomène spécifique » (18).

a) Les condamnations

Lorsqu'elles sont saisies, les juridictions pour mineurs prononcent pour moitié des peines et pour moitié des mesures éducatives (en 2013 : 22 634 mesures éducatives, 22 702 peines) (19). Les peines sont donc loin de faire exception (44% des condamnations en 2015). L'emprisonnement (avec et sans sursis) est la principale peine prononcée et concerne 32% des condamnations en 2015. Ce chiffre semble stable depuis trente ans, en effet l'emprisonnement représente 22.3% de peines prononcées en 2015 contre 20.8% en 1985. Néanmoins, en terme d'effectif, le nombre de peines d'emprisonnement s'est réduit de plus de 20% depuis 1985 (19 200 peines d'emprisonnement prononcées en 1985 contre 14 900 en 2015), parallèlement à la diminution générale du nombre de condamnations (17).

Depuis 1985, la durée moyenne des peines fermes a augmenté, avec moins de peines courtes (notamment de moins d'un mois) et plus de peines longues (6 mois ou plus) (17,20). En 2015, sur les 4 331 peines d'emprisonnement ferme prononcées à l'encontre de mineurs, environ la moitié étaient de moins de 3 mois (2 131 peines).

b) Le profil des mineurs condamnés

Depuis 30 ans, l'âge moyen des mineurs condamnés est stable. En 2013, les moins de 13 ans ne représentaient que 3% des mineurs condamnés (à des mesures ou des sanctions éducatives) (14). En 2015, 44% des mineurs condamnés avaient moins de 16 ans lors des faits (16).

La délinquance des mineurs est différente de celle des majeurs. En effet, elle se caractérise par une surreprésentation des atteintes aux biens. Le 1^{er} motif de condamnation des mineurs est le vol et le recel (43% en 2015). Cette même année, 504 mineurs ont été condamnés pour crime (viol dans 64% des cas).

c) Les mineurs détenus

Au 1^{er} Janvier 2017, 78 796 personnes étaient sous écrou dont 10 364 non détenues (en placement sous surveillance électronique ou en placement extérieur non hébergés) et 68 432 détenues (prévenus, condamnés en semi-liberté, condamnés en placement extérieur hébergés, et condamnés hors semi-liberté et placement extérieur hébergés). On notait 769 mineurs écroués

(673 en Métropole, 96 en Outre-Mer). Parmi eux, 574 étaient prévenus, 195 étaient condamnés (dont 11 mineurs écroués non détenus). **Les détenus mineurs représentaient donc 1.1% de la population écrouée détenue (21).**

Administrativement, le territoire français est composé de 9 « régions pénitentiaires » qui correspondent à des ressorts territoriaux, constitués de plusieurs départements, administrés par une direction interrégionale (DI) des services pénitentiaires. Spécifiquement, sur la DI de Lille, six établissements accueillent des détenus mineurs : le centre pénitentiaire (CP) de Laon, le CP du Havre, le CP de Liancourt, le CP de Longuenesse, l'EPM de Quiévrechain, et la maison d'arrêt (MA) de Rouen. Ils accueillaient en tout, au 1er janvier 2017, 92 détenus mineurs, soit environ 12% de cette population.

Dans l'évolution du système judiciaire pour mineurs, la question de la santé mentale était d'abord limitée à l'évaluation du discernement au moment des faits reprochés. Désormais, le système pénal actuel accorde une grande importance à la personnalité du mineur et donc à son fonctionnement psychique. Nous allons donc maintenant nous intéresser à la santé mentale des mineurs incarcérés.

C. La santé mentale des détenus mineurs

La population carcérale est exposée à des problèmes de santé multiples mais apparaît particulièrement affectée par les troubles psychiatriques (22). Dans cette partie, nous exposons les données actuellement disponibles dans la littérature internationale en ce qui concerne la santé mentale de la population carcérale mineure.

1. Les facteurs de risque et les facteurs protecteurs de la délinquance juvénile

Un certain nombre d'études se sont intéressées aux facteurs de risque et aux facteurs protecteurs de la délinquance chez les mineurs. Ainsi, Lynam en 1996 (23), Loeber en 1998 (24) ou encore Wasserman en 2003 (25) ont mis en évidence le rôle de facteurs individuels (troubles du comportement notamment), de facteurs familiaux (antécédents psychiatriques ou addictologiques chez les parents, abus et violences intra-familiaux, carences éducatives, etc.),

de facteurs scolaires et de facteurs communautaires (faible niveau socio-économique, rejet par les pairs, etc.). Les auteurs désignent notamment comme facteurs de risque de la délinquance :

- les troubles du comportement à début précoce (avant 7 ans) et les troubles des conduites dans les années préscolaires notamment : les comportements agressifs, l'hyperactivité et l'impulsivité dans l'enfance ;
- le faible développement cognitif et un faible quotient intellectuel.

Ils concluent que les jeunes pris en charge par le système judiciaire seraient à haut risque de troubles psychiatriques et que ces troubles contribueraient sûrement aux comportements illégaux (23–25). Ainsi, en détention, les adolescents auraient plus de risque de présenter ces troubles et des soins précoces et adaptés à cette population seraient donc nécessaires.

2. Prévalence des troubles psychiatriques chez les détenus mineurs

Très peu d'études appréciant la prévalence des troubles psychiatriques chez les détenus mineurs existent. De plus, du fait de l'organisation variable d'un pays à l'autre des systèmes judiciaires, celles-ci sont rarement reproductibles et comparables.

Seena Fazel, dans une méta-analyse récente reprenant les résultats de 25 études publiées entre janvier 1966 et mai 2006 (26) décrit la prévalence des troubles mentaux (à l'exclusion du mésusage de substances) chez les adolescents en détention pour mineurs et établissements correctionnels (voir **tableau 2**). Les 25 études analysées ont été réalisées principalement aux Etats-Unis, une en Australie, une en Russie, une au Canada et quatre en Europe (Royaume-Unis, Hollande, Danemark, Espagne). L'effectif total était de 13 778 garçons et 2972 filles, d'âge moyen 15.6 ans (10-19).

Tableau 2 : Prévalence des troubles psychiatriques chez les détenus mineurs. Tiré de (26)

Troubles psychiatriques	Prévalence chez les garçons (IC) en %	Prévalence chez les filles (IC) en %
Psychose chronique	3.3 (3.0-3.6)	2.7 (2.0-3.4)
Episode dépressif caractérisé	10.6 (7.3-13.9)	29.2 (21.9-36.5)
Episode maniaque	3.1 (0.4-5.7)	1.2 (0.6-2.4)
Trouble du déficit de l'attention / hyperactivité	11.7 (4.1-19.2)	18.5 (9.3-27.7)
Troubles des conduites	52.8 (40.9-64.7)	52.8 (32.4-73.2)

Ainsi, les adolescents en détention et établissement correctionnel ont environ 10 fois plus de risque de souffrir de psychose et de troubles des conduites que les adolescents dans la population générale. Ils ont aussi 2 à 4 fois plus de risque de souffrir d'un trouble déficit de l'attention / hyperactivité (TDAH). Les filles présentent plus fréquemment un diagnostic d'épisode dépressif caractérisé (4 à 5 fois plus de risque que dans la population générale d'adolescentes du même âge) par rapport aux garçons incarcérés.

Outre cette méta-analyse, deux autres études épidémiologiques plus récentes ont identifié une prévalence des troubles psychiatriques élevée chez les détenus mineurs (voir **tableau 3**).

Tableau 3 : Prévalence des troubles psychiatriques chez les détenus mineurs – Principaux résultats de différentes études

Auteurs	Prévalence des troubles psychiatriques chez les détenus mineurs	Autre résultat
Karnik et al. – 2009 (27)	Garçons : 88% Filles : 92% (troubles des conduites et troubles oppositionnels exclus)	Plus de 80% des jeunes présentent un mésusage de substances
Harzke et al. – 2012 (28)	98.3% 82.4% en excluant les troubles des conduites, les troubles oppositionnels et les troubles du déficit de l'attention	Jeunes pris en charge par le système correctionnel texan. Le plus représenté est le trouble des conduites (83.2%) suivi du mésusage de substances (75.6%)

Concernant les comorbidités psychiatriques, Karen M Abram et son équipe (29) ont pu montrer que 56.5% des filles et 45.9% des garçons présentent deux ou plus comorbidités psychiatriques. Ces résultats ont pu être confirmés par Wasserman et son équipe (30) ainsi que par J. Shufelt et J. Cocozza (31).

En France, une étude sur la santé des personnes entrées en prison a été réalisée par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) en 2003 (32). Les données de 3 970 détenus mineurs ont été analysées. A leur arrivée en détention, 70% des

détenus mineurs fument (dont 5% plus de 20 cigarettes par jour) ce qui est trois fois plus important qu'en population générale. Par ailleurs, 20% déclarent une consommation excessive d'alcool. Il est aussi constaté que 4 mineurs sur 10 consommeraient des substances illicites et notamment du cannabis de façon régulière. Un mineur sur 13 bénéficie d'un traitement psychotrope à l'arrivée en détention. Pourtant seulement 12,14% d'entre eux sont orientés vers une consultation psychiatrique ou ont un suivi.

3. Les troubles psychiatriques à la libération

Un certain nombre de travaux se sont intéressés à la persistance des troubles psychiatriques à la sortie de détention. Linda Teplin et al. (33) retrouvent par exemple que, 5 ans après la détention (évaluation en centre de détention temporaire), plus de 45% des garçons et presque 30% des filles présentent un trouble psychiatrique, le mésusage de substance étant le plus fréquent.

Concernant les comorbidités psychiatriques, Karen M. Abram et al. (34) montrent, sur la même cohorte de détenus mineurs que l'étude citée ci-dessus, que presque 27% des garçons et 14% des filles présentent toujours plusieurs comorbidités psychiatriques 5 ans après la détention. Le profil de comorbidités le plus courant est le mésusage de substance associé à des troubles du comportement et des conduites.

4. Le suicide

Peu d'études se sont intéressées à la prévalence des idées suicidaires chez les détenus mineurs et aux taux de suicide dans cette population. Toutefois, les données épidémiologiques disponibles sur le sujet indiquent que le suicide constitue une problématique importante.

Wasserman et al. (30) retrouvent que 3.7% des jeunes détenus recrutés dans leur étude ont déjà réalisé une tentative de suicide. Comparés aux jeunes qui sont en procédure d'instruction, les détenus mineurs présentent un risque plus élevé pour l'ensemble des troubles psychiatriques décrits et un taux plus élevé d'antécédent suicidaire (OR : 1.61, IC 1.03-2.52).

Dans une autre étude, réalisée aux Royaume-Unis entre 1978 et 2003, Seena Fazel et al. (35), s'intéressent au taux de suicide dans la population carcérale comparé à celui dans la

population générale. Ils dénombrent 28 cas de suicides de détenus mineurs sur cette période (sur les 1 312 suicides de détenus hommes tout âge confondu).

Enfin, d'après les chiffres de l'administration pénitentiaire, 11 détenus mineurs sont morts par suicide en France entre 2006 et 2016.

Ainsi, la prévalence des troubles psychiatriques est plus élevée chez les mineurs incarcérés que chez les jeunes du même âge en population générale, justifiant des soins spécifiques et adaptés.

D. Les dispositifs de soins pour les détenus mineurs

1. Généralités sur les soins aux personnes détenues

Depuis la loi du 18 janvier 1994 (36) relative à la santé publique et la protection sociale, la prise en charge sanitaire des personnes détenues est assurée par une équipe hospitalière rattachée au Ministère de la Santé. Les détenus, dès le début de leur incarcération, sont obligatoirement affiliés au régime général de l'assurance maladie.

Des soins identiques à ceux disponibles en milieu libre doivent être proposés aux personnes détenues. Elles doivent avoir un accès à la prévention, à l'éducation sanitaire, et à des soins de qualité dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficient l'ensemble de la population (37).

2. Les soins aux détenus mineurs : grands principes

Comme le précise la circulaire interministérielle du 13 mai 2008 relative à la prise en charge sanitaire des mineurs incarcérés (38), l'accès aux soins est une priorité dans la prise en charge des mineurs en détention.

L'objectif de cette politique de santé est de « rendre le mineur acteur de sa santé en lui proposant des ressources qui répondent à ses besoins dans une logique partenariale » (38).

a) **Projet de soins et suivi individualisé**

Un projet de soins commun adapté doit être élaboré. Des actions de prévention, d'éducation et de promotion de la santé doivent être proposées (38).

Un suivi individualisé, spécifique, adapté à la faculté de compréhension, d'adhésion et d'adaptation à la personne mineure, doit être mis en place (39).

b) **Prise en charge pluridisciplinaire partenariale**

Pour assurer la continuité des soins, notamment à la libération, les relais pour l'accompagnement sanitaire et social sont importants.

Les professionnels de la PJJ assurent notamment le relai entre les équipes soignantes, le détenu mineur et les détenteurs de l'autorité parentale.

Les professionnels de santé sont invités à participer aux réunions mensuelles des équipes de direction pour favoriser la logique partenariale. Et les représentants de l'Agence régionale de santé participent au comité interrégional de pilotage des lieux de détention des mineurs (39).

A noter que cette logique partenariale ne déroge pas au principe du secret professionnel et notamment du secret médical.

c) **Consentement et autorité parentale**

Le consentement des titulaires de l'autorité parentale doit être systématiquement recherché pour toute décision médicale relative à la santé du mineur, à l'exception des cas d'urgence ou lorsque le refus risque de compromettre gravement la santé du mineur (article 1111-5 du Code de la santé publique (CSP)). A noter que si la personne mineure est en mesure d'exprimer sa volonté, son consentement doit être aussi recherché.

Les détenteurs de l'autorité parentale ont le droit d'être tenus informés de la santé de leur enfant. Cette information doit être délivrée au cours d'un entretien individuel avec les détenteurs de l'autorité parentale et/ou avec la personne mineure (article L 1111-2 du CSP).

3. L'organisation des soins psychiatriques pour les détenus mineurs

Le détenu mineur doit avoir accès à des soins médicaux (préventifs et curatifs) et tout mineur souffrant d'une pathologie psychiatrique doit pouvoir bénéficier de soins dans un établissement spécialisé doté d'une direction médicale indépendante (articles 49 à 55 des règles de la Havanes). Chaque détenu mineur arrivant en détention peut bénéficier d'un examen médical d'entrée et notamment d'un entretien psychiatrique. La prise en charge sanitaire qui peut en résulter doit être mise en place dans les meilleurs délais (15). Des activités d'éducation à la santé sont également programmées dans l'emploi du temps des détenus mineurs (38).

Une approche globale, assurée par des spécialistes formés, doit être mise en place pour chaque détenu mineur permettant notamment de contrôler les vaccinations, dépister les pathologies chroniques et aiguës, repérer les conduites addictives, évaluer le risque suicidaire etc. (38,39).

D'après le guide méthodologique de la prise en charge sanitaire des personnes placées sous-main de justice réactualisé en 2012 (39), et le plan d'actions stratégiques 2010/2014 pour la politique de santé des personnes placées sous-main de justice (40), la prise en charge médicale actuelle des détenus en France est organisée en trois niveaux de soins. Cette organisation s'applique à la fois aux soins psychiatriques et non psychiatriques.

Nous ne détaillerons ici que la prise en charge médicale dédiée aux soins psychiatriques, spécifique aux détenus mineurs.

- a) Les unités sanitaires de niveau 1 : consultations, prestations et activités ambulatoires et actes externes psychiatriques et non psychiatriques

Les dispositifs de soins psychiatriques (DSP) assurent, durant la journée et les jours ouvrables, les activités de consultations, d'entretiens, de prises en charge de groupe et d'activités thérapeutiques. Ils sont sous la responsabilité de l'établissement de santé psychiatrique du secteur de l'établissement pénitentiaire.

Ce dispositif existe dans chaque établissement pénitentiaire avec des locaux spécialisés mis à disposition. Il bénéficie des mêmes moyens humains, matériels, logistiques et administratifs que toute unité hospitalière.

A noter que les mineurs détenus dans le quartier des mineurs d'une maison d'arrêt ont accès aux mêmes soins que les adultes, au sein de l'unité sanitaire de l'établissement.

b) Les unités sanitaires de niveau 2 : soins requérant une prise en charge à temps partiel : les services médico-psychologiques régionaux (SMPR)

Les unités de niveau 2 correspondent à une hospitalisation de jour en psychiatrie qui se déroule en milieu pénitentiaire. L'accès aux activités et aux consultations est facilité par une proximité immédiate avec l'unité de soins, permettant ainsi une prise en charge renforcée. Le soin prime de manière temporaire sur les autres aspects de la détention.

Les soins sont dispensés au sein d'un SMPR (décret du 14 mars 1986) qui dépend d'un établissement public hospitalier. Ce dispositif dispose de cellules d'hébergement au sein de l'établissement pénitentiaire, dans un quartier spécifique.

Chaque région dispose d'au moins une unité sanitaire de niveau 2, il en existe 26 en France. Ces unités peuvent accueillir des détenus de l'établissement, mais également des détenus des centres pénitentiaires du secteur pénitentiaire qui ne disposent pas de SMPR.

Un établissement possédant un SMPR ne peut accueillir de patients mineurs nécessitant une hospitalisation de jour que s'il possède un quartier pour mineurs. Il est à noter que 7 établissements pénitentiaires disposant d'un SMPR n'ont pas de quartiers mineurs.

Pour les niveaux 1 et 2 de soins, les soins ne peuvent être que librement consentis.

c) Les unités sanitaires de Niveau 3 : soins requérant une hospitalisation à temps complet (avec et sans consentement).

Les détenus mineurs peuvent bénéficier de soins psychiatriques en hospitalisation à temps complet. Selon leur état clinique, ils peuvent être hospitalisés soit :

- en « soins libres » (SL), c'est-à-dire avec leur consentement (modalité de soins à privilégier si l'état de la personne le permet) ;

- en « soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat » (SPDRE). Les soins sont alors décidés par arrêté du Préfet au vu d'un certificat médical circonstancié pour les personnes « dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte de façon grave à l'ordre public » (41).

Il existe alors deux possibilités pour les soins de niveau 3 (selon les indications et le mode d'hospitalisation) :

- en unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) : depuis leur ouverture en 2010, elles permettent d'accueillir des patients en hospitalisation à temps complet avec ou sans consentement. D'après l'article L 3214-1 du CSP : l'hospitalisation au sein d'une UHSA est le principe général pour toute hospitalisation complète en psychiatrie d'une personne détenue ;
- en établissement de santé de psychiatrie générale habilité à accueillir des patients en soins sans consentement. Les patients sont hospitalisés, par arrêté préfectoral, selon l'article D.398 du Code de procédure pénale.

4. Les UHSA : principes de fonctionnement

Devant un besoin d'améliorer la prise en charge sanitaire des détenus et une fréquence importante des troubles psychiatriques en milieu pénitentiaire, la loi du 9 septembre 2002 (10) d'orientation et de programmation pour la Justice, a prévu la création des UHSA.

Ces unités ont pour objectif de recevoir des personnes détenues, en hospitalisation à temps complet avec ou sans leur consentement.

La construction d'une première tranche de 9 UHSA (Lyon, Toulouse, Nancy, Orléans, Villejuif, Lille, Rennes, Bordeaux et Marseille) a été prévue par le décret n°2010-507 du 18 mai 2010 et l'arrêté du 20 juillet 2010. La construction d'autres UHSA est envisagée pour les années à venir mais sera adaptée selon l'évaluation des premiers dispositifs.

Le fonctionnement des UHSA repose sur deux principes fondamentaux :

- la primauté du soin : en effet, même si la personne demeure écrouée et reste soumise à des règles particulières restreignant sa liberté durant l'hospitalisation, le soin

psychiatrique, équivalent à celui proposé en milieu ouvert, est au cœur de la prise en charge ;

- une double prise en charge, à la fois sanitaire et pénitentiaire, afin d'assurer un accès aux soins dans un cadre sécurisé.

a) Organisation des UHSA

Les UHSA sont des unités hospitalières dépendant d'un établissement de santé et régies par le Code de la santé publique. Les soins aux personnes détenues sont dispensés dans les mêmes conditions que dans les autres unités d'hospitalisation de l'établissement de santé.

Conformément aux dispositions des articles R. 3214-5 et R. 3214-8 du CSP, la surveillance et l'accès à la structure sont assurés par le personnel pénitentiaire et s'effectuent dans le respect de la confidentialité des soins. Les personnels pénitentiaires n'ont toutefois accès aux locaux et aux chambres des patients que pour des raisons de sécurité (fouille et contrôle) ou, à la demande du personnel hospitalier.

L'unité est construite de telle sorte que l'espace dédié aux soins est central entouré d'une zone périphérique sous la surveillance d'agents pénitentiaires, d'où le terme « spécialement aménagée ».

b) Population accueillie

Les UHSA accueillent exclusivement des personnes détenues des deux sexes, mineures ou majeures, souffrant de troubles psychiatriques et nécessitant une hospitalisation à temps complet.

Le mode d'hospitalisation se fait uniquement en SL ou en SPDRE selon les articles L.3214-1 et suivants du CSP. L'accueil en soins libres constitue une nouvelle modalité de prise en charge pour les personnes détenues qui, avant la création des UHSA, ne pouvaient bénéficier que d'hospitalisations sans consentement en psychiatrie.

Les UHSA accueillent donc des personnes détenues mineures, par exception au principe pénitentiaire de séparation des détenus majeurs et mineurs.

La circulaire interministérielle n°2011-105 du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des UHSA (42), précise qu'il convient d'éviter dans la mesure du possible les contacts entre les détenus majeurs et mineurs et de renforcer la vigilance dans le cas où ces deux populations partagent des activités thérapeutiques.

Il est précisé que l'hospitalisation d'un patient mineur au sein d'une UHSA nécessite l'adaptation du projet médical afin qu'il bénéficie de la poursuite de son suivi éducatif et d'un enseignement adapté.

Ainsi, la création des UHSA a permis une évolution majeure dans le soin psychiatrique délivré aux détenus (43). Et cette évolution profite particulièrement aux détenus mineurs.

E. Objectifs de l'étude

La Justice des mineurs a évolué avec les changements de contexte économique, social et politique dans la société française. Et finalement, même si la réponse pénale se diversifie, la finalité éducative et d'insertion reste au cœur des politiques publiques. Le système judiciaire accorde donc, en théorie, une primauté à la personnalité du mineur, à son fonctionnement psychique et à sa santé mentale.

Au 1^{er} janvier 2017, les mineurs représentaient 1.1% de la population écrouée détenue en France. Plusieurs études se sont intéressées à cette population et ont retrouvé un risque plus élevé de souffrir de troubles psychiatriques par rapport à la population générale du même âge. Ainsi, des soins spécifiques, adaptés aux détenus mineurs, ont progressivement été mis en place en milieu carcéral. Récemment, la création des UHSA a permis une évolution majeure dans le soin psychiatrique délivré aux personnes détenues. Logiquement, les détenus mineurs bénéficient également de ces évolutions. Toutefois, aucune étude d'évaluation ne s'est intéressée spécifiquement aux patients mineurs hospitalisés en UHSA.

L'objectif principal de cette étude est de déterminer les caractéristiques cliniques et sociodémographiques de la population des patients mineurs ayant bénéficié d'au moins une hospitalisation en UHSA.

Les **objectifs secondaires** sont, d'une part, de décrire les prises en charge actuellement proposées aux patients mineurs en UHSA, et d'autre part, de décrire les modalités pratiques d'accueil des patients mineurs actuellement mises en place dans ces structures.

II. Méthode

« I'm stuck in Folsom prison and time keeps draggin' on »

Jonhhy Cash- Folsom Prison Blues

A. Description de l'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique, observationnelle, descriptive, rétrospective et multicentrique.

L'ensemble des patients mineurs hospitalisés au sein des 8 UHSA de France depuis leur date d'ouverture (voir **tableau 4**) jusqu'au 1^{er} janvier 2017 ont été inclus rétrospectivement.

Le recueil des données a été réalisé entre mars et juin 2017. Un courrier explicatif ainsi qu'un questionnaire général et un tableau de recueil de données (cf. *annexes I, II et III*) ont été adressés aux médecins coordonnateurs des UHSA. Pour chaque patient mineur hospitalisé, des données anonymisées sociodémographiques, cliniques, judiciaires et de prise en charge ont été recueillies à partir du dossier médical des patients. Pour les patients mineurs hospitalisés à l'UHSA de Seclin, des données supplémentaires ont été recueillies (cf *Annexe IV*).

Tableau 4 : Liste des unités hospitalières spécialement aménagées incluses dans l'étude et des médecins coordonnateurs sollicités

UHSA	Médecins coordonnateurs	Date ouverture
Cadillac (Bordeaux)	Dr DANDELLOT	Juillet 2016
Fleury-Les-Aubrais (Orléans)	Dr GUILLARD	Mars 2013
Nancy-Laxou	Dr HORRACH Dr PARENTY	Mars 2012
Rennes	Dr HENRY	Septembre 2013
Lille-Seclin	Dr ADINS	Juin 2013
Lyon-Bron	Dr BECACHE	Mai 2010
Toulouse	Dr MONCANY	Janvier 2012
Villejuif	Dr TOUITOU	Avril 2013
Marseille	Dr GIRAVALLI	En construction

B. Population étudiée

Les critères d'inclusion étaient :

- hospitalisation en UHSA avant le 1er janvier 2017 ;
- patient mineur (homme ou femme) au moment de l'hospitalisation en UHSA.

Nous n'avons pas retenu de critère d'exclusion.

C. Outils statistiques

Une analyse statistique descriptive a été réalisée.

Les variables quantitatives ont été décrites par les statistiques suivantes : moyenne, écart type, médiane, étendue interquartile, minimum et maximum. Les variables qualitatives ont été décrites par les effectifs et pourcentages de chaque modalité. Le nombre et taux de données manquantes pour chaque variable ont également été rapportés.

D. Information et consentement des patients

L'autorisation des parents ou des représentants légaux a été systématiquement recueillie par les équipes soignantes de l'établissement pénitentiaire d'origine pour permettre l'hospitalisation en UHSA. Par ailleurs, une information sur le cadre de l'hospitalisation a systématiquement été donnée au patient dans les UHSA (livret d'accueil et affichage au sein des services de soins).

III. Résultats

« Et je ne crois pas que petit frère soit pire qu'avant. Juste surexposé à la pub, aux actes violents »

IAM – Petit frère

A. Résultats de l'enquête nationale sur les mineurs hospitalisés en UHSA

Notre étude porte sur un total de 120 hospitalisations en UHSA (pour un total de 80 patients mineurs hospitalisés).

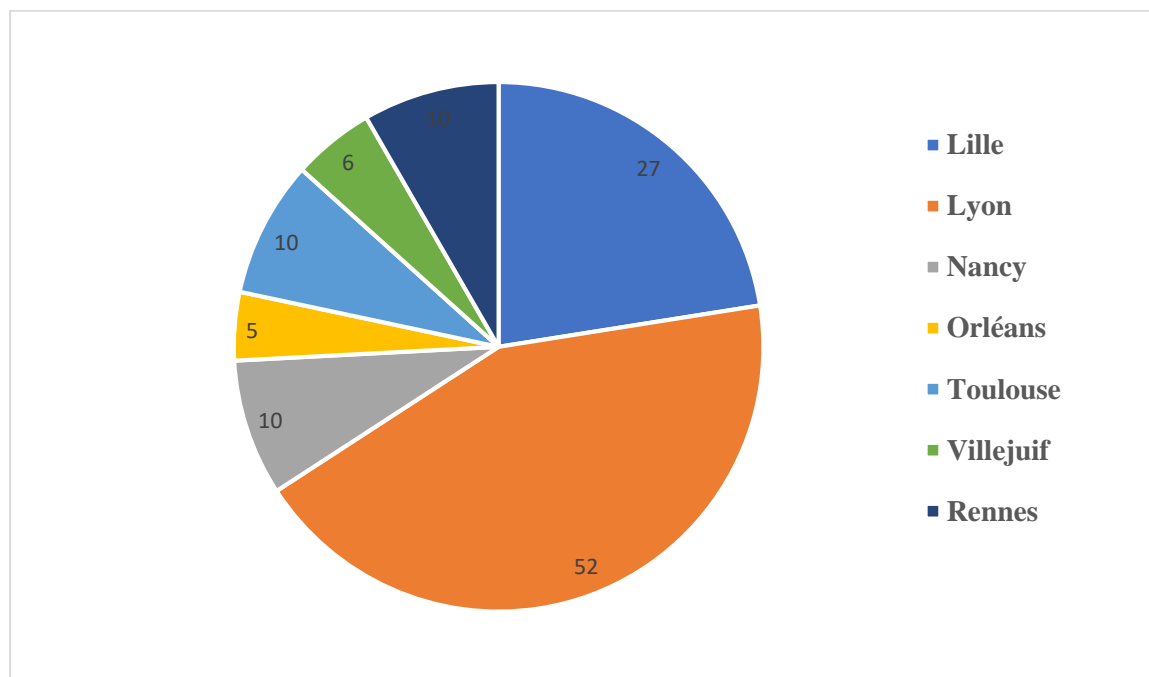


Figure 1 – Nombre d'hospitalisations par UHSA sur la période d'étude

Sur les 120 hospitalisations de patients mineurs, la majorité (42%) a été effectuée à l'UHSA de Lyon (n=52), 22,5% à l'UHSA de Lille (n= 27). Les UHSA de Bordeaux et Marseille, en raison de leur ouverture récente, n'avaient pas accueilli de patients mineurs au moment de l'étude (voir **figure 1**).

Ces patients mineurs sont adressés en UHSA par les équipes soignantes soit des EPM, soit des QM situés au sein de maisons d'arrêt ou de centres de détention. Chaque UHSA couvre un « territoire pénitentiaire » correspondant à une direction interrégionale (DI) et répond ainsi aux demandes d'hospitalisation de plusieurs établissements (voir **tableau 5**).

Tableau 5 – Nombre d'établissements pénitentiaires rattachés aux différentes UHSA

UHSA	Nombre d'établissements pénitentiaires accueillant des mineurs rattachés	Date d'ouverture de l'UHSA
Lille	6	Juin 2013
Lyon	8	Mai 2010
Nancy	5	Mars 2012
Orléans	2	Mars 2013
Rennes	3	Septembre 2013
Toulouse	3	Janvier 2012
Villejuif	2	Avril 2013

1. Caractéristiques socio-démographiques

La population étudiée compte 80 patients mineurs avec une majorité de garçons (68 soit 85%) et 12 filles (15%).

L'âge moyen, tout sexe confondu, est de 16.7 ans, un âge minimum de 15 ans et un âge maximum de 17 ans.

2. Caractéristiques des hospitalisations

La durée moyenne de séjour est de 48.08 jours, un minimum d'une journée, et un maximum de 565 jours. Une hospitalisation est encore en cours à la fin de la période d'étude. La médiane est de 24 jours avec Q1 (1^{er} quartile) à 13 jours et Q3 (3^{ème} quartile) à 46.5 jours.

Les patients sont majoritairement hospitalisés en soins libres (71 hospitalisations soit 59%). Nous notons 49 hospitalisations sous le mode soins sur décision du représentant de l'état (41%).

Les patients mineurs ne sont généralement hospitalisés qu'une seule fois en UHSA mais certains patients bénéficient d'hospitalisations séquentielles ou nécessitent plusieurs prises en charge à temps plein durant leur incarcération (voir **tableau 6**). Au maximum, nous relevons 8 hospitalisations au sein d'un même établissement pour un patient qui avait déjà bénéficié, auparavant, d'une hospitalisation dans une autre UHSA.

Tableau 6 – Nombre d’hospitalisations par patient durant la période d’étude

	n (N : 80)	%
1 hospitalisation	59 patients	74%
2 hospitalisations	12 patients	15%
3 hospitalisations	6 patients	7%
4 hospitalisations et plus	3 patients	4 %

a) Motif d’hospitalisation et diagnostic principal

La majorité des patients (43%) sont hospitalisés suite à un passage à l’acte auto-agressif ou dans le cadre d’une crise suicidaire (voir **tableau 7**). Les deux diagnostics principaux les plus souvent retenus sont les troubles psychotiques et les troubles anxieux (voir **tableau 8**).

Tableau 7 – Motif d’hospitalisation

	n (N = 120)	%
Crise suicidaire et passage à l’acte auto-agressif	52	43%
Eléments délirants, troubles psychotique	19	16%
Hospitalisation séquentielle ou séjour de rupture	17	14%
Troubles du comportement	13	11%
Anxiété et troubles de l’adaptation	7	6%
Troubles de l’humeur	8	6%
Réadaptation thérapeutique ou évaluation diagnostic	2	2%
Addiction	1	1%
Autres (troubles envahissants du développement)	1	1%

Tableau 8 – Diagnostic principal

	n (N=120)	%
Troubles anxieux	31	26%
Troubles psychotiques	30	25%
Troubles de l’humeur	16	13%

Troubles de la personnalité	11	9%
Troubles des conduites	14	12%
Troubles du comportement	3	2,3%
Troubles mentaux liés à l'utilisation de substances	1	1%
Difficultés liées à l'emprisonnement	3	2,3%
Evaluation diagnostic	1	1%
Troubles envahissants du développement	3	2,3%
Données manquantes	7	6%

b) Orientation à la sortie

La plupart des patients retournent dans leur établissement d'origine après l'hospitalisation en UHSA. Certains (19 patients) sont libérés, et parfois un relai de prise en charge en établissement psychiatrique de secteur est mis en place : 1 patient en SL, 3 patients en SPDRE (voir **tableau 9**).

Tableau 9 – Orientation des patients mineurs à la sortie d'hospitalisation en UHSA

	n (N = 120)	%
Etablissement d'origine	84	70%
Changement d'établissement pénitentiaire	5	4%
Orientation vers quartier majeur	3	2%
Relai prise en charge en SMPR	6	5%
Levée d'écrou	19	16%
<i>Dont poursuite de la prise en charge en soins libres</i>	1	
<i>Dont poursuite de la prise en charge en SPDRE</i>	4	
Orientation vers un CEF	1	1%
Poursuite des soins, non psychiatriques, vers un centre hospitalier	1	1%
Hospitalisation toujours en cours	1	1%

Afin d'assurer la continuité des soins, les équipes soignantes qui prendront en charge le patient à la sortie d'hospitalisation sont contactées. Dans notre étude, elles le sont dans 71% des cas (85 hospitalisations), par courrier et/ou téléphone.

c) Prise en charge médicamenteuse à la sortie d’hospitalisation

La majorité des patients sortent d’hospitalisation avec une prescription médicamenteuse, ils bénéficient majoritairement d’associations de traitements (voir **tableau 10**). La moyenne de traitements prescrits par patient, sur l’ordonnance de sortie, est de 2.2 traitements.

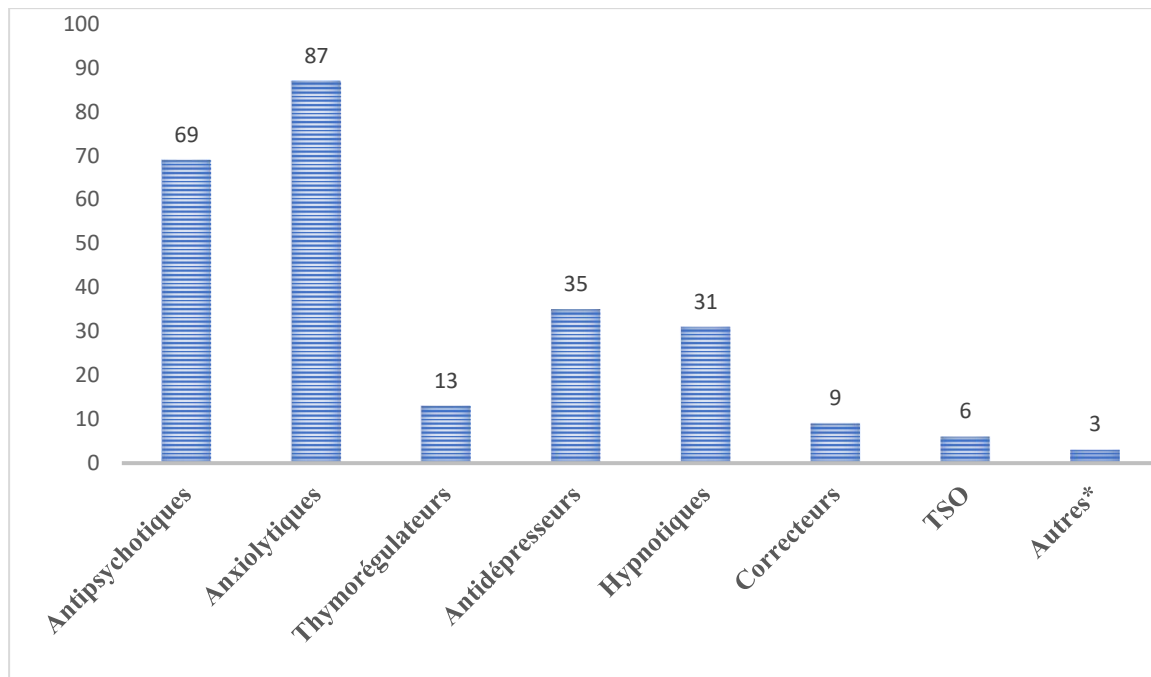
Sur les 253 traitements psychotropes prescrits, 101 prescriptions sont hors autorisation de mise sur le marché (AMM) (soit 40%).

Tableau 10 – Prise en charge médicamenteuse (traitements psychotropes uniquement) des patients mineurs en UHSA

	n (N = 120)	%
Aucun traitement de sortie	12	10
Monothérapie	31	26
Bithérapie	37	31
Trithérapie	12	10
Association médicamenteuse de 4 traitements psychotropes et plus	23	19
Données manquantes	5	4

Les deux traitements les plus prescrits à la sortie des patients (sur les 120 hospitalisations) sont (voir **figure 2**) :

- les anxiolytiques : 87 traitements prescrits, dont 34 prescriptions de benzodiazépines, 45 prescriptions de neuroleptiques sédatifs (TERCIAN[®], NOZINAN[®], LOXAPAC[®]) et 8 prescriptions d’antihistaminiques. A noter, 23 traitements sont prescrits en association médicamenteuse (bithérapie) ;
- les antipsychotiques : 69 traitements prescrits, dont 13 molécules retards.



*autres : Acamprosate, carbamazépine, méthylphénidate

Figure 2 – Traitements de sortie des patients

3. Modalités d'accueil des patients mineurs en UHSA

L'accueil de patients mineurs en UHSA est encadré par des réglementations officielles, imposant notamment :

- une adaptation du projet médical ;
- le recueil obligatoire de l'autorisation parentale ;
- l'interdiction de cantiner du tabac ;
- une surveillance particulière de cette population qui est hospitalisée dans les mêmes unités que les patients majeurs (en dérogeant au principe pénitentiaire de séparation des mineurs et des majeurs).

Toutes les UHSA interrogées rapportent des difficultés à ajuster leur prise en charge pour répondre à ces obligations.

L'UHSA de Lyon et celle d'Orléans précisent que la présence d'un soignant est systématique lorsque les patients mineurs sont en contact avec les patients majeurs dans leurs établissements.

Les modalités d'accueil des patients mineurs en UHSA sont très hétérogènes et dépendent donc du projet médical d'établissement, de l'architecture des lieux et des conditions imposées par les règles pénitentiaires.

a) Intervention des éducateurs

Sur les 120 hospitalisations, les éducateurs PJJ interviennent dans 81 cas (67.5%). L'intervention des éducateurs PJJ n'est donc pas systématique et les modalités de contact sont très différentes selon les établissements (visites aux parloirs, synthèses avec les équipes, contacts téléphoniques directs ou liens avec l'assistante sociale du service) d'une UHSA à l'autre.

b) Activités thérapeutiques

D'après la circulaire interministérielle relative à la création des UHSA, des activités thérapeutiques adaptées aux patients mineurs doivent être mises en place.

Cependant, aucune UHSA ne propose aux patients mineurs des activités thérapeutiques distinctes de celles proposées aux patients majeurs. Seule l'UHSA de Lyon applique le principe d'une activité par jour pour ces patients (éducateurs sportifs, psychomotricité, psychothérapie individuelle, art-thérapie) mais ces activités ne sont pas spécifiques.

c) Enseignement

D'après la circulaire interministérielle relative à la création des UHSA et, en vue de respecter le principe de primauté de l'éducatif sur le répressif, un enseignement spécifique ou une formation professionnelle doivent pouvoir être mis en place auprès des mineurs détenus.

L'UHSA de Lyon est aussi le seul établissement à proposer l'intervention d'un enseignant pour les matières principales (environ $\frac{3}{4}$ d'heure par semaine). Il n'existe pas de salle d'enseignement spécifique mais une salle d'activité peut être utilisée à cette fonction. Un patient a même passé, durant son hospitalisation en 2017, les épreuves écrites et orales du Baccalauréat de Français.

d) Contact avec les familles

Pour les adolescents incarcérés, dont le parcours est souvent marqué par des ruptures de lien et des carences affectives, le maintien du contact avec la famille est primordial. De plus, il est obligatoire de recueillir l'autorisation et d'informer les détenteurs de l'autorité parentale lorsqu'un détenu mineur est hospitalisé. Enfin, il peut être intéressant de contacter la famille des patients afin de recueillir des informations plus précises sur les antécédents et de favoriser la continuité des soins à moyen et long terme.

Dans notre étude, l'équipe soignante est en contact avec la famille des patients dans 78 cas (65%), par téléphone ou lors de rencontres au parloir. Cinq patients étaient des mineurs « isolés ».

e) Difficultés rencontrées dans l'accueil des patients mineurs en UHSA

Toutes les UHSA interrogées rapportent des difficultés dans la prise en charge des patients mineurs. Les principales contraintes recensées sont les suivantes :

- interdiction stricte du tabac pour cette population ;
- personnel non spécifiquement formé à recevoir des patients mineurs qui présentent souvent des modalités d'interaction et de fonctionnement différentes de celles des adultes ;
- contact avec les patients majeurs nécessitant une surveillance particulière ou un accompagnement soignant renforcé ;
- mobilisation plus importante du personnel soignant, au détriment des autres patients ;
- distance avec les lieux d'incarcération d'origine, compromettant le travail partenarial avec les autres intervenants et le lien avec les parents ;
- difficultés de contact avec les parents et de recueillir leur autorisation aux soins ;
- réalité de l'âge pour certains patients (difficulté d'obtention des âges osseux) : en effet, pour certains détenus mineurs, l'âge civil ne peut être vérifié (absence de papiers d'identité, pas de certificat de naissance). L'âge osseux, déterminé à partir de

radiographies, permet alors d'obtenir une estimation de la maturation squelettique et ainsi un « âge physique ».

B. Résultats complémentaires : enquête sur les patients mineurs accueillis à l'UHSA de Seclin

Depuis l'ouverture de l'UHSA de Seclin jusqu'au 1^{er} janvier 2017, nous dénombrons 27 hospitalisations pour un total de 11 patients mineurs accueillis.

Sur les 27 hospitalisations, 33% des patients sont adressés par la MA de Longuenesse (n=9) (voir **figure 3**).

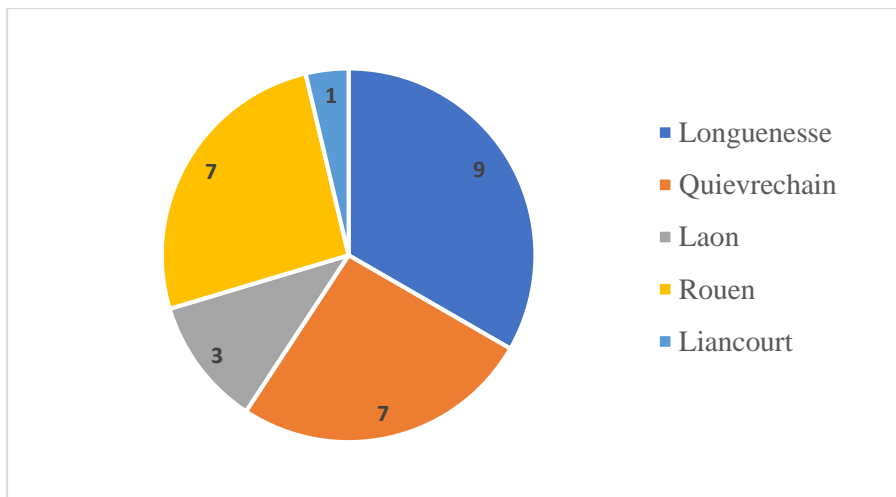


Figure 3 – Etablissements d'origine

1. Caractéristiques socio-démographiques

La population compte 11 patients avec une majorité d'hommes (10 sur 11 soit 91%) et 1 femme (9%).

La moyenne d'âge, tout sexe confondu, est de 16,55 ans, un âge minimum de 15 ans et un âge maximum de 17 ans.

Les patients hospitalisés sont pour la majorité (10 patients soit 91%) issus d'une fratrie de trois enfants ou plus. Seul un patient est enfant unique (voir **tableau 11**).

Tableau 11 – Situation familiale des patients mineurs hospitalisés à l’UHSA de Seclin

	n (N = 11)	%
Caractéristiques familiales		
<i>Parents en couple</i>	7	64
<i>Parents séparés</i>	3	27
<i>Mineur isolé</i>	1	9
<i>Un parent décédé</i>	2 (père)	18
<i>Un parent en détention</i>	1	9
En couple	4	36
Célibataire	7	64
Avec enfant	2	18

La majorité des détenus mineurs hospitalisés sont déscolarisés (73%). Ils le sont tous depuis le collège (voir **figure 4**). Les deux patients scolarisés sont respectivement en seconde générale et en première professionnelle.

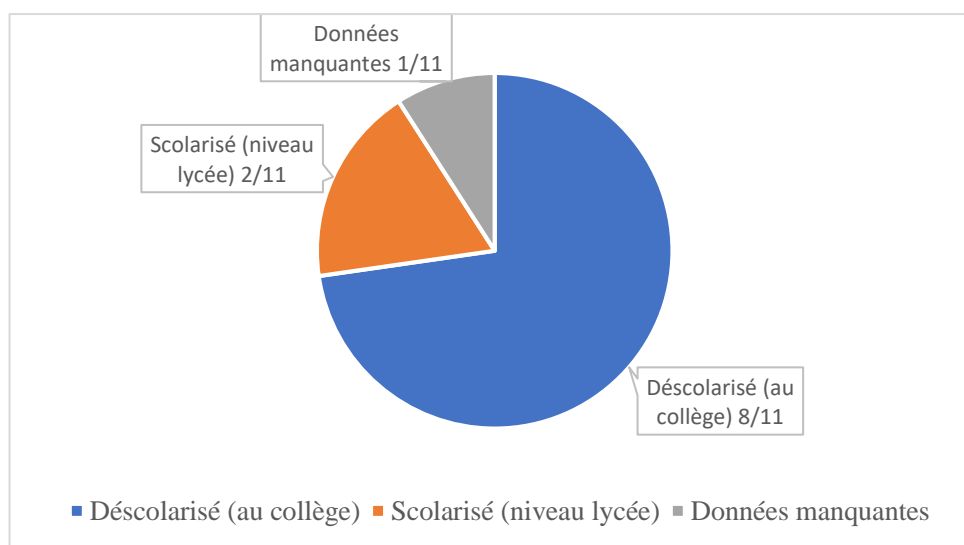


Figure 4 – Niveau scolaire des patients hospitalisés à l’UHSA de Seclin

Avant la détention, 6 patients sur 11 habitent chez leurs parents (55%). Trois patients sont respectivement placés en EPE, en CEF et en placement judiciaire chez un membre de la famille. Un patient est sans domicile fixe et un patient vit dans son logement personnel.

Nous notons qu'un seul patient sur 11 est bénéficiaire d'une aide délivrée par la Maison départementale des personnes handicapées (type allocation enfant handicapé).

2. Parcours judiciaire

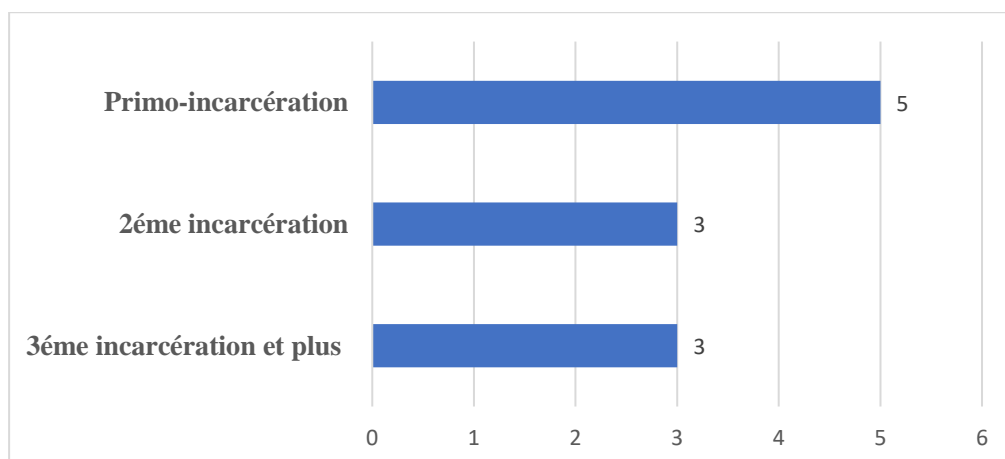
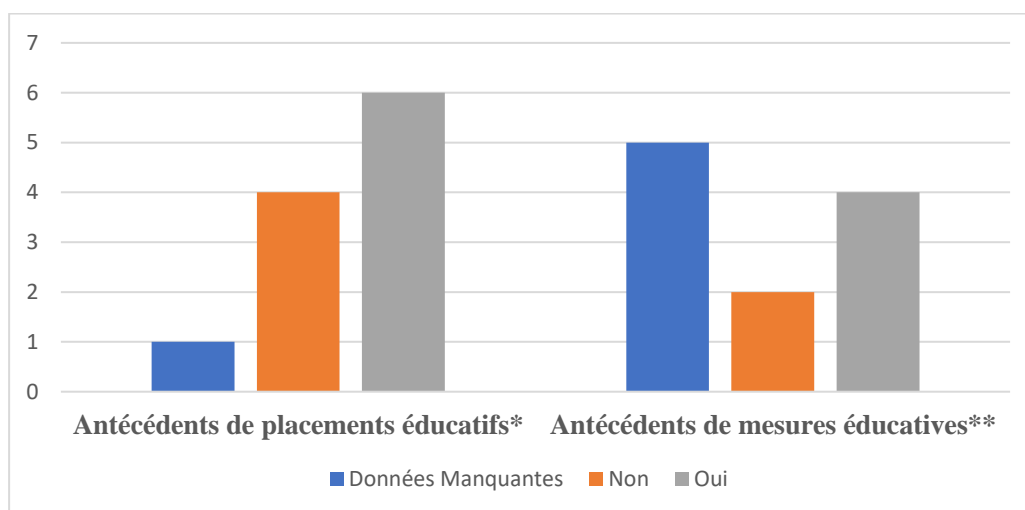


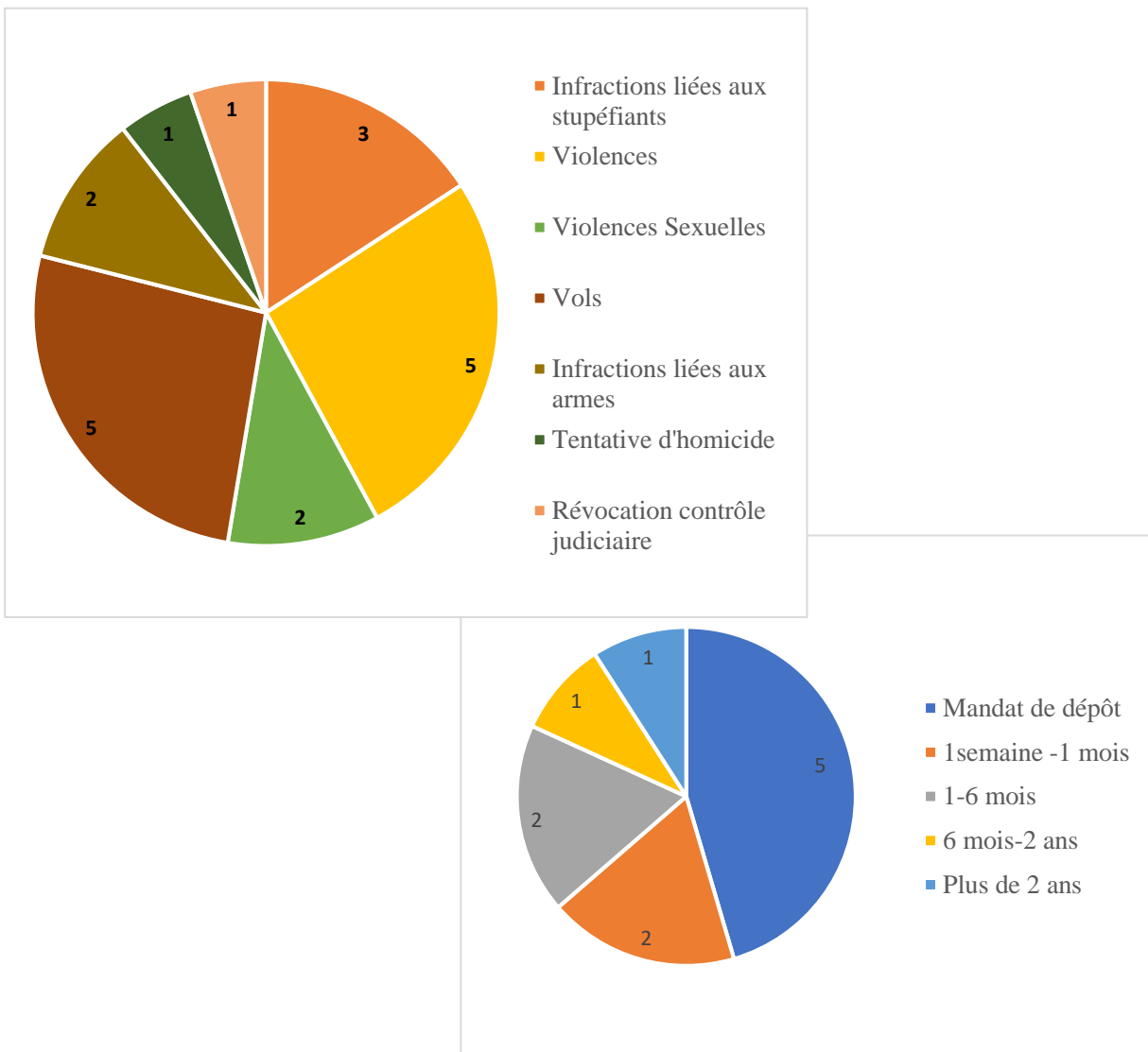
Figure 5 – Antécédents d’incarcération



**placements éducatifs : en établissement de placement éducatif, en centre éducatif renforcé ou en centre éducatif fermé **mesures éducatives : aide éducative en milieu ouvert, liberté surveillée préjudicielle*

Figure 6 - Antécédents de placement ou de mesure éducative

La majorité des patients (55%) ont des antécédents d’incarcération (voir **figure 5**) et plus de la moitié (6 patients sur 11) ont des antécédents de placements éducatifs, principalement en CEF (voir **figure 6**).



Figures 7 et 8 – Motif d’incarcération et durée des peines

Concernant leur « profil judiciaire », 55% des patients sont déjà condamnés à leur arrivée à l’UHSA (6 patients sur 11). Ils sont, pour la plupart (4 patients sur 11) condamnés à des peines comprises entre 1 semaine et 6 mois (voir **figure 8**). La peine la plus courte est de 23 jours, la plus longue est de 7 ans. La durée moyenne des peines est de 584 jours (soit environ 19 mois).

La majorité des patients mineurs hospitalisés sont incarcérés pour vols et violences (52%) (voir **figure 7**).

3. Antécédents médicaux personnels et familiaux

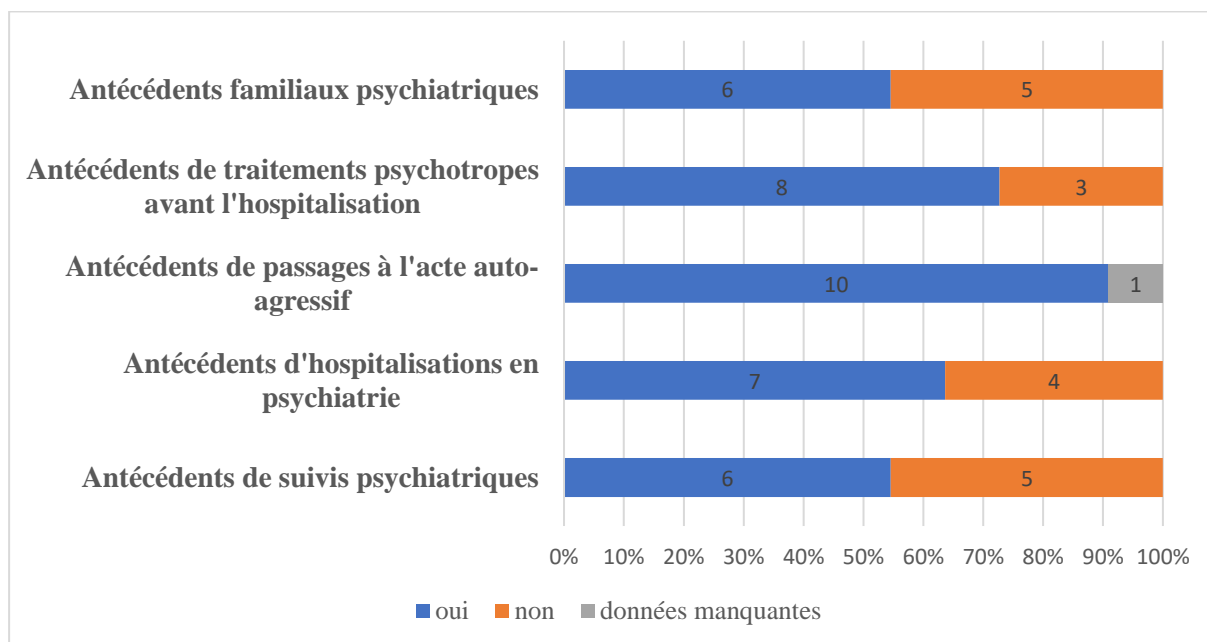


Figure 9 – Antécédents psychiatriques des patients mineurs admis à l’UHSA de Seclin

Tableau 12 – Autres antécédents médicaux des patients mineurs admis à l’UHSA de Seclin

	n (N = 11)	%
Nombre d’hospitalisation à l’UHSA de Seclin		
1	6	55
2-4	3	27
5 et plus	2	18
Antécédents addictologiques		
Tabac	10	91
Alcool	5	45
THC	11 dont 3 sevrés	100
Opiacés	1	9
Aucun	0	
Antécédents non psychiatriques		
Médicaux	2	18
Chirurgicaux	5	45
Sans particularité	4	36

Avant la détention, 6 patients sur 11 ont déjà bénéficié d'un suivi psychiatrique. Plus de la moitié (64%) ont déjà été hospitalisés en psychiatrie (voir **figure 9** et **tableau 12**) :

- en centre d'accueil de crise pour 4 patients ;
- en établissement public de santé mentale pour 3 patients ;
- en addictologie pour 1 patient ;
- dans une autre UHSA pour 1 patient ;
- deux patients sur 11 ont déjà été hospitalisés durant une incarcération ;
- six patients sur 11 n'ont été hospitalisés qu'une fois à l'UHSA de Seclin (55%).

De plus, huit patients sur 11 ont déjà bénéficié d'un traitement psychotrope.

Quasiment tous les patients (91%) ont déjà commis un passage à l'acte auto-agressif (tentative d'autolyse, scarifications). Et concernant les antécédents addictologiques (voir **tableau 12**), 10 patients sur 11 fument alors que le tabac est interdit en QM ou en EPM. Tous ont des antécédents de consommation de cannabis, seulement 3 patients sont sevrés.

Deux patients sur 11 présentent des antécédents médicaux notables : diabète de type 1 pour un patient, terrain atopique et antécédents néphrologiques pour un patient (voir **tableau 12**).

Six patients sur 11 présentent des antécédents psychiatriques familiaux, notamment des antécédents de troubles de l'humeur, de tentatives de suicide et addictologiques (voir **figure 9**).

Seulement 5 patients sur 11 (45%) bénéficient d'un suivi (psychologique ou psychiatrique) en détention à leur arrivée à l'UHSA.

4. Prise en charge des mineurs à l'UHSA de Seclin

a) Caractéristiques des hospitalisations

Quinze pourcents des patients sont hospitalisés moins d'une semaine après leur incarcération, plus de la moitié (52%) sont hospitalisés plus de 6 mois après le début de leur peine. Le délai moyen entre le début de la détention et l'hospitalisation à l'UHSA de Seclin est de 335 jours (soit presque 1 an) (voir **figure 10**). Le délai minimum est de 2 jours et le délai

maximum de 3 ans. La médiane est fixée à 183 jours, Q1 (1^{er} quartile) est à 44.95, Q3 (3^{ème} quartile) est à 613.5 jours.

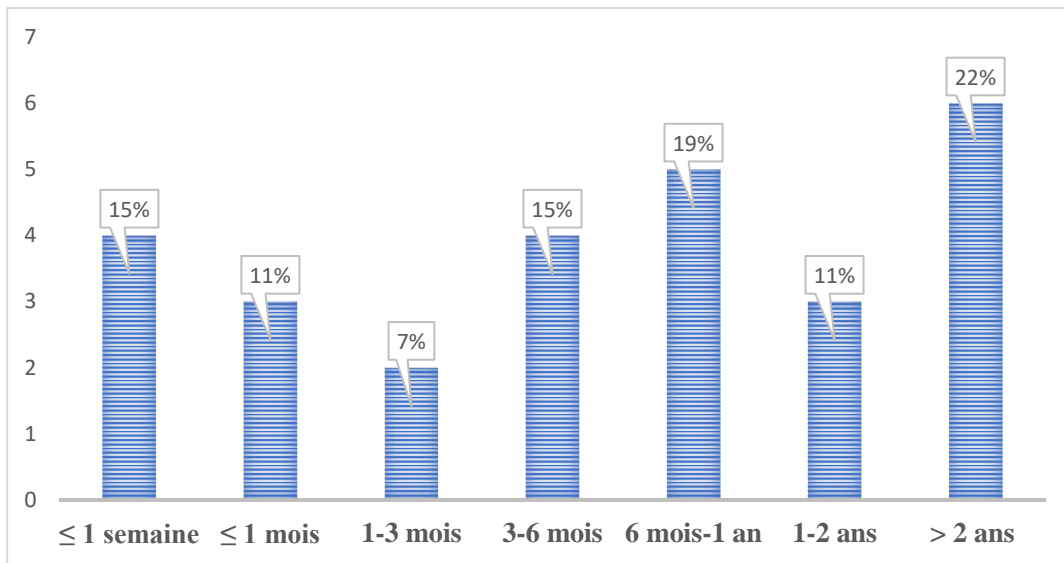


Figure 10 – Délai entre l’incarcération et l’hospitalisation à l’UHSA

Le délai moyen entre l’hospitalisation à l’UHSA et la libération est de 777 jours (voir **figure 11**). Le délai minium est de 12 jours et le délai maximum d’environ 5 ans. La médiane est fixée à 456 jours, Q1 (1^{er} quartile) à 255,45 jours et Q3 (3^{ème} quartile) à 1442.55 jours.

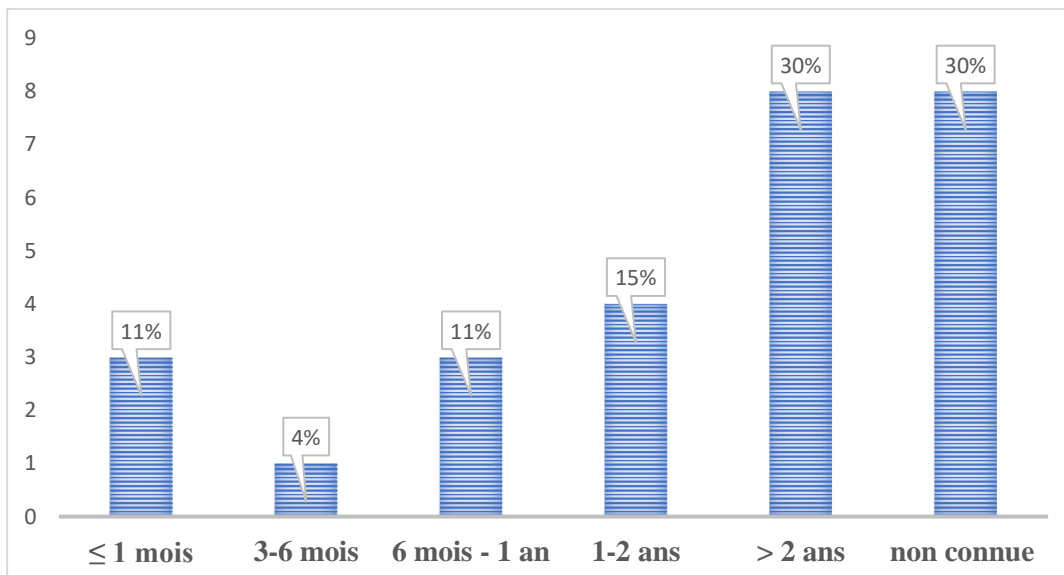


Figure 11 – Délai entre l’hospitalisation à l’UHSA et la libération

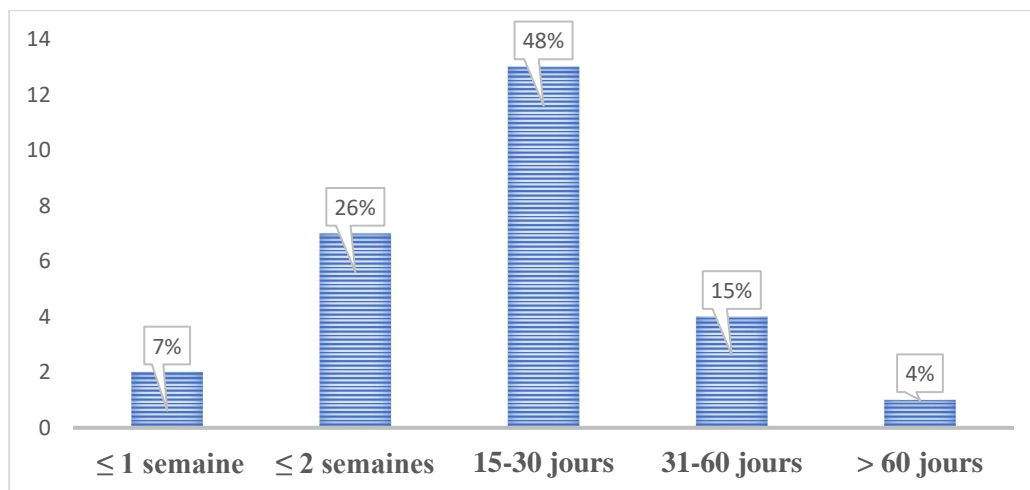


Figure 12 – Durée des hospitalisations des patients mineurs à l’UHSA de Seclin

Les patients mineurs restent hospitalisés en moyenne 24 jours (écart type de 19.16). Le séjour le plus court est de 6 jours, le plus long de 100 jours. La médiane est de 19 jours, Q1 (1^{er} quartile) est à 13.5, Q3 (3^{ème} quartile) est à 24.5 jours (voir **figure 12**).

Tableau 13 – Les motifs d’hospitalisation

Motif hospitalisation	n (N=27)	%
Hospitalisation séquentielle / Mise à distance milieu carcéral	13	48
Crise suicidaire	6	22
Anxiété / Trouble de l’adaptation	3	11
Réadaptation thérapeutique / Evaluation diagnostique	2	8
Idées délirantes / Décompensation psychotique	3	11

La plupart des patients (48%) sont adressés pour des hospitalisations séquentielles, des séjours de rupture ou de mise à distance du milieu carcéral (voir **tableau 13**).

Concernant les modalités de soins, 85% (23 hospitalisations sur 27) des patients sont hospitalisés en SL, 15% en SPDRE. Seize hospitalisations sont programmées, 11 réalisées en urgence.

b) Diagnostics principaux et diagnostics associés

Tableau 14 – Diagnostics principaux et associés

	n (N =27)	%
Diagnostic Principal		
Troubles psychotiques	10	37
Troubles anxieux	12	44
Difficultés liées à l'emprisonnement	1	4
Autres*	4	15
Diagnostics associés		
Addictologiques	8	30
Troubles anxieux	4	15
Troubles de la personnalité	6	22
Troubles des conduites	1	4
Difficultés liées à l'emprisonnement	9	33
Autres**	7	26

*violences (3 patients), troubles de la personnalité (1 patient)

**intoxication médicamenteuse volontaire, troubles des conduites, trouble non psychiatrique

Les deux diagnostics principaux les plus souvent retenus sont les troubles psychotiques (37%) et les troubles anxieux (44%), notamment les troubles de l'adaptation (voir **tableau 14**).

Les principaux diagnostics associés sont les troubles liés au mésusage de substances et les difficultés liées à l'emprisonnement (voir **tableau 14**).

c) Contact avec la famille et les autres intervenants

La majorité des familles de patients sont contactées (85%) par téléphone, directement par l'équipe médicale ou par l'intermédiaire de l'équipe de la PJJ. Quelques rencontres aux parloirs sont réalisées (3 sur 27 notifiées). Les éducateurs de la PJJ sont contactés par téléphone

ou viennent dans l'établissement à la rencontre du patient et des équipes dans 78% des cas. Les établissements adresseurs transmettent majoritairement les informations par courrier (55%) (voir **tableau 15**).

Tableau 15 – Contact avec la famille, les éducateurs et l'établissement adresseur

	n (N = 27)	%
Contact avec la famille		
Oui	23	85
Non	3	11
Données manquantes	1	4
Contact avec les éducateurs		
Oui	21	78
Non	2	7
Données manquantes	4	15
Lien avec établissement adresseur		
Courrier	15	55
Courrier + téléphone	11	41
Non précisé	1	4

d) Mise en chambre d'isolement thérapeutique (MCIT) et prise en charge médicamenteuse

Durant l'hospitalisation, une majorité de patients (55%, soit 15 patients) bénéficie d'une mesure d'isolement thérapeutique, sur prescription médicale, en chambre simple ou en chambre de soins intensifs, 15 % (4 patients) bénéficient d'une MCIT avec mesure de contention physique des quatre membres (voir **figure 13**). Ces chiffres peuvent probablement être en partie expliqués par le risque élevé de passages à l'acte auto ou hétéroagressifs dans la population étudiée. En effet, 48% des patients ont réalisé durant leur hospitalisation à l'UHSA un ou plusieurs passages à l'acte auto- et/ou hétéroagressifs (voir **figure 14**).

Concernant la prise en charge médicamenteuse, 85% des patients ont un traitement psychotrope à l'entrée, 96% bénéficient d'un traitement spécifique durant l'hospitalisation (voir **tableau 16**).

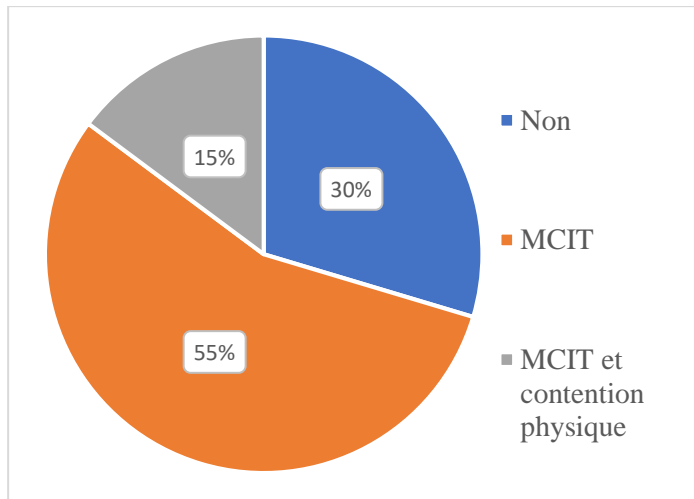


Figure 13 – Mise en chambre d’isolement thérapeutique (MCIT) et mesures de contention physique durant l’hospitalisation

Tableau 16 - Traitements psychotropes durant l’hospitalisation

	n (N = 27)	%
A l’entrée		
Oui	23	85
Non	4	15
Durant l’hospitalisation		
Oui	26	96
Non	1	4

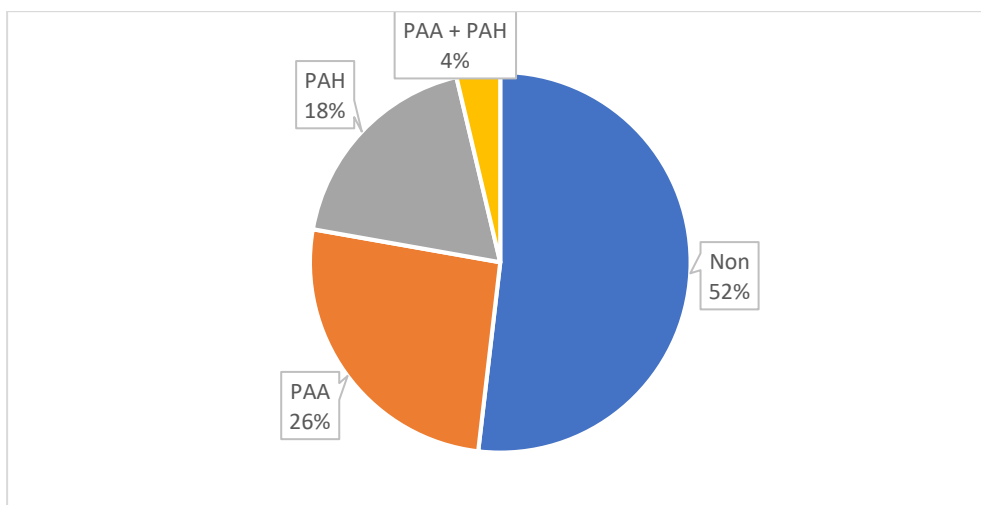


Figure 14 – Passage à l’acte auto- (PAA) et hétéro-agressif (PAH) durant l’hospitalisation

e) Les modalités de sortie

Tableau 17 - Orientation à la sortie

	n (N=27)	%
Etablissement d'origine	23	85
Changement d'établissement	2	7,5
Levée d'écrou	2 dont 1 relai D.398	7.5

A la sortie d'hospitalisation, 85% des patients sont orientés vers leur établissement d'origine (voir **tableau 17**). Tous les établissements sont contactés soit par courrier (93%), soit par courrier et téléphone (7%). Les équipes des centres médico-psychologiques de secteur sont aussi contactées si le patient est libéré.

Sur les 27 hospitalisations, 80 traitements psychotropes sont inscrits sur l'ordonnance de sortie de 26 patients.

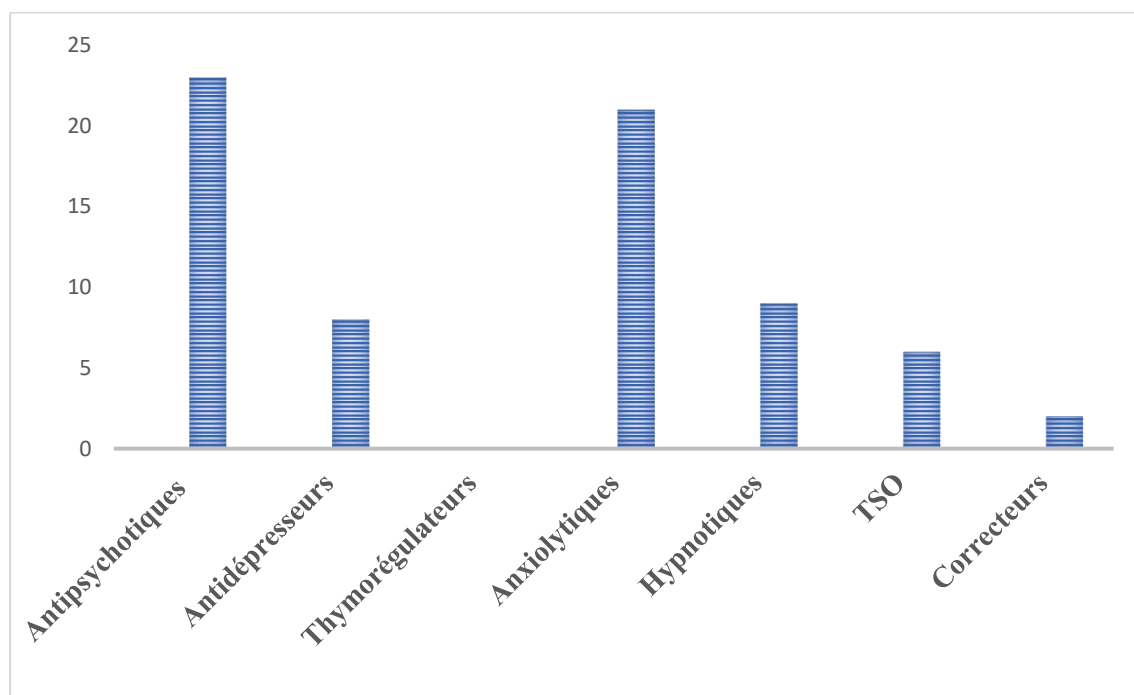


Figure 15 – Traitements psychotropes prescrits à la sortie

Concernant les traitements antipsychotiques, 23 sont prescrits, dont deux sous forme retard. 21 anxiolytiques sont délivrés aux patients et parmi ces prescriptions, 11 sont des bithérapies (exemple : neuroleptiques sédatifs/benzodiazépines) (voir **figure 15**).

Sur les 80 traitements prescrits, 32 le sont hors AMM, soit 40% (en considérant l'indication du RISPERDAL[®] pour les troubles du comportement et non pour un épisode psychotique).

IV. Discussion

« Pour juger un homme, il faut examiner sa conduite quand il est sain et libre : malade ou en prison, il n'est plus le même. »

Giacomo Casanova

A. Principaux résultats et mise en perspective

Les UHSA peuvent accueillir des détenus mineurs nécessitant des soins psychiatriques à temps complet. Même si, dans ces structures, l'hospitalisation d'un patient âgé de moins de 18 ans reste rare (120 hospitalisations de mai 2010 au 1^{er} janvier 2017 pour l'ensemble des UHSA), la prise en charge psychiatrique de cette population n'en reste pas moins fondamentale et surtout améliorable. Il s'agit là d'un véritable problème de santé publique, actuellement au cœur de nombreuses réflexions politiques et sociales.

L'étude ici présentée est la première de ce type réalisée en France. Elle concerne l'ensemble des UHSA et permet de mettre en lumière certaines données indispensables pour penser et optimiser les soins psychiatriques aux détenus mineurs.

1. Modalités d'accueil des patients mineurs en UHSA

Tout d'abord, sur la période d'étude, l'UHSA de Lyon a accueilli 52 patients mineurs, celle de Lille, 27 patients. Ces deux établissements rassemblent plus de la moitié des hospitalisations de patients mineurs en UHSA. Pourtant, les « territoires pénitentiaires » auxquels elles correspondent ne sont pas plus denses que les autres. Ces différences d'effectif peuvent s'expliquer par les différentes dates d'ouverture des UHSA (et donc des périodes de recueil de données plus courtes pour certains établissements) et l'inégalité de répartition des détenus mineurs sur le territoire français.

Concernant les conditions d'hospitalisation des patients mineurs en UHSA, cette étude met en évidence une grande hétérogénéité. Il apparaît que certains aspects fondamentaux de l'accueil de cette population sont parfois négligés. Pourtant, dans certaines structures, des initiatives intéressantes sont mises en place.

Tout d'abord, en hébergeant des détenus mineurs dans les mêmes unités que des détenus majeurs, les UHSA dérogent au principe pénitentiaire de séparation de ces deux populations. Ainsi, une surveillance particulière est nécessaire et souvent contraignante au niveau organisationnel (mobilisation de soignants supplémentaires par exemple). De plus, le personnel

soignant n'est pas spécifiquement formé à la prise en charge de ces patients ce qui peut limiter l'ajustement du projet de soins. Il serait intéressant de donner accès aux soignants à des formations spécifiques sur la prise en charge des adolescents et de proposer, par exemple, des temps de supervision aux équipes.

Les circulaires interministérielles (13,37,40) concernant la prise en charge des détenus mineurs rappellent l'importance de l'enseignement, de la continuité du travail éducatif malgré l'hospitalisation et du lien avec les familles. Cependant, d'une UHSA à l'autre, ces différents aspects de la prise en charge ne sont pas totalement développés.

Par exemple, les liens avec les éducateurs de la PJJ ne sont pas systématiques ni uniformisés. Il est vrai que ces professionnels viennent généralement de l'établissement pénitentiaire d'origine du patient, qui peut se situer à plusieurs centaines de kilomètres de l'UHSA mais leur intervention est à privilégier pour favoriser la prise en charge globale des patients. De plus, la question du secret médical est importante : quel lien l'équipe soignante peut-elle avoir avec ces intervenants ? Dans certaines UHSA, les échanges passent uniquement par l'assistante sociale du service.

Concernant l'enseignement, il est nécessaire, malgré des durées d'hospitalisation souvent courtes et le peu de mineurs accueillis, de pouvoir proposer à cette population un accès à une formation ou à un enseignement, ce qui n'est actuellement pas le cas dans la majorité des établissements. Des vacations d'enseignants devraient être organisées comme à Lyon, qui est la seule UHSA à avoir mis en place l'intervention hebdomadaire d'un intervenant spécifique de l'Education Nationale.

Concernant les liens avec la famille, durant l'hospitalisation d'un patient mineur, les représentants légaux doivent obligatoirement être contactés et donner leur consentement aux soins. D'autre part, il est souvent nécessaire de faire le lien avec les familles afin de recueillir des informations et préparer les relais de soins (44). Dans notre étude, les représentants légaux sont contactés dans 65% des cas. Ces liens ne sont donc pas systématiques et peuvent être limités par l'éloignement géographique ou encore l'absence de proches (cas des mineurs isolés). Il est indispensable, pour assurer une prise en charge globale et efficace des patients mineurs, d'améliorer le travail avec les représentants légaux en proposant par exemple des lieux de rencontre spécifiques au sein des unités ou encore un contact systématique à l'arrivée d'un patient mineur.

Les modalités d'accueil et de prise en charge des patients mineurs en UHSA sont donc très hétérogènes. Afin d'améliorer l'accueil de ces patients, il est nécessaire de développer l'accès à l'enseignement et d'améliorer les liens avec les éducateurs et les représentants légaux.

2. Caractéristiques des patients mineurs accueillis en UHSA

a) Caractéristiques socio-démographiques

Les patients mineurs accueillis en UHSA ont tous plus de 15 ans, la moyenne d'âge est de 16.7 ans. Peu de filles sont hospitalisées (12 sur 80) et seulement sur trois UHSA différentes. Ces données reflètent globalement les caractéristiques de la population des mineurs incarcérés (14,16). Quant aux patients mineurs accueillis à l'UHSA de Seclin, ils ont en moyenne 16 ans et demi. Ils sont pour la plupart célibataires, issus d'une famille nombreuse (91%) et ils vivent pour la majorité au domicile parental avant la détention. Ils sont généralement déscolarisés.

Dans plusieurs études de la littérature internationale (22–24,48), « être issu d'une famille nombreuse » et « avoir arrêté précocement sa scolarité » se révèlent être des facteurs de risque de délinquance. Toutefois, le nombre de patients déscolarisés est préoccupant, sachant que certains patients le sont alors que l'école est encore obligatoire pour eux (moins de 16 ans). D'autres études (46,47) remarquent aussi la faiblesse du capital scolaire des détenus (1/4 ont quitté l'école avant 16 ans, 80% des détenus mineurs sont sans diplôme) et leur vulnérabilité sociale (par exemple, 1 détenu sur 7 est parti du domicile parental avant 15 ans).

En 2004, Marie Choquet et son équipe s'intéressent à la santé des jeunes de 14 à 20 ans pris en charge par le secteur public de la PJJ, hors détention et mesure d'investigation (48). Cette étude qui a interrogé 1 357 jeunes par le biais d'auto-questionnaires, retrouve aussi un profil socio-éducatif fragile pour ces jeunes : moins d'un adolescent sur 2 vit avec ses deux parents, ils sont pour la majorité issus d'une famille nombreuse (56% des garçons, 54% des filles), moins d'un adolescent sur deux est scolarisé (43% garçons, 44% filles) et environ 1/6ème est inactif (pas de formation, pas d'école, pas de stage). Le taux de déscolarisation est plus élevé parmi ces jeunes qu'en population générale.

Les patients mineurs accueillis en UHSA présentent donc une vulnérabilité socio-éducative qui conditionne énormément leur réinsertion. En effet, pour de nombreux détenus,

les perspectives à la libération sont limitées comme l'illustre le Rapport de réinsertion des détenus en France de 2006 (46) (60% des sortants de prison sont considérés en situation de précarité socio-économique durable).

Ces chiffres permettent de réinsister sur l'importance d'une prise en charge globale de ces patients en favorisant le travail partenarial avec les éducateurs et des enseignants.

b) Caractéristiques judiciaires

Comme pour les détenus mineurs en général, les patients mineurs accueillis à l'UHSA de Seclin sont majoritairement condamnés à des peines de moins de 6 mois pour, principalement, des faits de vols ou de violence. Ce profil de condamnation diffère de celui des détenus majeurs.

Face à ces peines de courte durée, la place du soin et du travail psychologique est à adapter et la continuité de ces prises en charge à la libération doit être rapidement pensée.

Les patients mineurs accueillis à l'UHSA de Seclin sont pour la majorité récidivistes (55%). Ils ont pour la plupart des antécédents de placements éducatifs. Quelques études, illustrant les chiffres ci-dessus, se sont intéressées à la récidive et la réitération d'infraction des mineurs (49,50). Celles-ci mettent en évidence un taux de réitération rapide et multiple pour les mineurs sortant de détention. Ce taux est plus élevé que chez les adultes et varie en fonction des antécédents de condamnation. En effet, il est augmenté quand le mineur est condamné à une peine privative de liberté et quand celui-ci a été condamné à plusieurs reprises.

Certaines études se sont aussi intéressées à l'efficacité de certaines interventions et prises en charge auprès des jeunes délinquants pour prévenir le risque de récidive (55), sans pour autant mettre en évidence de lien direct entre diminution du risque de récidive et prise en charge thérapeutique.

c) Caractéristiques médicales

Les patients mineurs pris en charge à l'UHSA de Seclin ont, pour la majorité, déjà été hospitalisés ou ont bénéficié d'un suivi psychiatrique ou d'une prescription de traitements

psychotropes. De plus, 91% d'entre eux, ont déjà présenté un ou plusieurs passages à l'acte auto-agressif. Ils sont tous consommateurs ou anciens consommateurs de cannabis et 10 patients sur 11 sont fumeurs.

Concernant les antécédents addictologiques et les antécédents de traitements psychotropes, deux autres études retrouvent aussi des chiffres élevés :

L'étude de la DREES, réalisée en 2003 (32), montrait que 40% des détenus mineurs avaient consommé du cannabis dans les 12 derniers mois, 20% consommaient de l'alcool en excès et que 70% des détenus mineurs fumaient. A leur arrivée en détention, 1 détenu sur 13 bénéficiait déjà d'un traitement psychotrope.

L'étude de Marie Choquet et son équipe, réalisée en 2004 (48), trouvait aussi des chiffres élevés d'antécédents de consommation chez les jeunes pris en charge par la PJJ : 15% des garçons et 10% des filles consommaient de l'alcool régulièrement, 86% des garçons et 91% des filles fumaient et enfin 65% des garçons et 66% des filles consommaient régulièrement du cannabis.

Les détenus mineurs présentent donc des antécédents addictologiques marqués. Il semble donc indispensable de pouvoir leur proposer une prise en charge spécifique adaptée et de mettre en place des ateliers d'éducation thérapeutique concernant le mésusage de substances.

Concernant les autres antécédents psychiatriques, l'étude réalisée chez les jeunes pris en charge par la PJJ retrouvait que 30% des filles et 8% des garçons présentaient des symptômes dépressifs (moins qu'en population scolarisée du même âge). Toutefois, les jeunes pris en charge par la PJJ étaient considérés comme « plus suicidaires » que la population générale : 16% des garçons et 37% des filles avaient déjà eu des idées suicidaires, 9% des garçons et 44% des filles avaient réalisé au moins une tentative de suicide et 21% des filles avaient récidivé. 45% de ces jeunes avaient déjà consulté un psychiatre.

Une autre étude réalisée en Angleterre et au Pays de Galles (51) s'est intéressée au profil des jeunes délinquants incarcérés (590 jeunes inclus). Cette étude montre que ces jeunes ont des antécédents psychiatriques marqués : ils consomment ou ont déjà consommé de nombreuses substances (tabac, alcool, substances psychoactives), et plus de 10% des garçons et 27% des filles ont reçu des soins spécifiques avant leur incarcération.

Ainsi, certains détenus mineurs ont déjà eu des contacts avec la psychiatrie avant leur incarcération. Ces chiffres soulignent l'importance de travailler la continuité des soins pour ces patients qui s'inscrivent parfois précocement dans des parcours de soins chaotiques.

Dans la deuxième partie de notre étude réalisée à Seclin, 5 patients sur 11 bénéficient d'un suivi psychiatrique ou psychologique en détention au moment de leur hospitalisation. En comparaison, dans l'étude de la DREES datant de 2003 (32) seulement 12,4% des détenus mineurs profitaient d'une prise en charge sanitaire spécifique, soit un peu plus de un sur 10. Ainsi, malgré les progrès accomplis dans l'accès aux soins pour ces patients, celui-ci reste inégal et la mise en place rapide d'un suivi (comme demandé dans les différentes circulaires interministérielles) est encore à améliorer.

d) Profil type du patient mineur accueilli en UHSA

Même si nous ne disposons, pour certaines variables, de données que pour l'UHSA de Seclin, nous proposons un profil type du patient mineur accueilli en UHSA. Ce profil nous permet de distinguer des axes de travail possibles pour améliorer la prise en charge de cette population.

Il s'agit d'un :

- jeune homme, âgé de 16 ans et demi ;
- présentant une certaine vulnérabilité socio-éducative. Il est généralement issu d'une famille nombreuse et est déscolarisé depuis le collège ;
- il a des antécédents psychiatriques et des antécédents de placements éducatifs ;
- il fume et consomme régulièrement du cannabis. Il bénéficie généralement d'un traitement psychotrope, souvent à visée anxiolytique ;
- il présente régulièrement des comportements auto- ou hétéroagressifs.

e) Comparaison aux données épidémiologiques disponibles sur les patients accueillis en UHSA

Deux études se sont intéressées aux patients pris en charge dans les UHSA :

- une première réalisée à l'UHSA de Nancy entre août 2012 et juillet 2013, qui inclut 186 patients dont 3 patients mineurs (52),
- une deuxième réalisée à l'UHSA de Toulouse en 2012 qui inclut 151 patients donc 2 patients mineurs (53).

Tableau 18 – Profil des patients accueillis en UHSA, comparaison de certains résultats sur l'UHSA de Seclin (patients exclusivement mineurs) par rapport à l'UHSA de Nancy (52) et de Toulouse (53)

Caractéristiques	UHSA de Seclin	UHSA de Nancy	UHSA de Toulouse
Célibataire	64%	75.3%	-
Antécédents de placement	54.5%	-	44%
Antécédents Psychiatriques			
<i>Suivi</i>	55%	73.1%	62%
<i>Hospitalisation</i>	65%	63.4%	56%
Antécédents addictologiques	100%	-	59%
Antécédents de passage à l'acte auto-agressif	90%	-	30%
Profil judiciaire : récidiviste	55%	71.1%	46%

Ainsi, la population mineure étudiée dans notre travail semble présenter plus de similarités avec la population générale « adulte » accueillie dans les autres UHSA (voir **tableau 18**) qu'avec les populations d'âge comparable hospitalisées en pédopsychiatrie.

3. Modalités de prise en charge

a) Durée d'hospitalisation et modalités de sortie

Au niveau national, les durées d'hospitalisation sont très hétérogènes mais elles sont généralement courtes (moyenne de 48.08 jours, la médiane est de 24 jours), ce qui peut expliquer les difficultés de mise en place de prises en charge spécifiques notamment des activités, de l'enseignement, de synthèses pluridisciplinaires et des rencontres avec les parents. Il est aussi à noter que 41% des détenus mineurs sont hospitalisés en SPDRE.

Concernant les patients mineurs accueillis à l'UHSA de Seclin, la majorité ne sont hospitalisés qu'une seule fois. La durée moyenne de séjour est de 24 jours. Ces chiffres ne diffèrent pas énormément des durées moyennes de séjour pour les patients majeurs : 18.5 jours en 2015, 24.7 jours en 2016.

En comparant avec l'accueil des patients libres en service de pédopsychiatrie, les durées de séjour correspondent aux résultats de certaines études de cohorte (54,55). Toutefois, les hospitalisations sans consentement restent extrêmement rares en milieu ouvert (3 hospitalisations sur 175 dans une étude récente (54)) contrairement aux données retrouvées dans notre travail. Cette différence dans les modalités de soins entre le milieu carcéral et le milieu ouvert n'a jamais été étudiée. Les tableaux cliniques présentés par les patients détenus seraient-ils plus sévères ? Les habitudes des psychiatres en milieu pénitentiaire seraient-elles différentes ou en raison du statut particulier de détenu, les modalités de soins sans consentement seraient-elle « plus facilement » mises en place ?

La majorité des patients mineurs sont hospitalisés en UHSA pour crise suicidaire (43%) et les principaux diagnostics retenus sont les troubles psychotiques (25%) et les troubles anxieux (26%). Dans certaines études de cohorte en population générale (55), les principaux motifs d'hospitalisation en pédopsychiatrie sont les violences (34.1%) et les mises en danger (19.4%). Les crises suicidaires ne représentent que 14.7% des motifs d'hospitalisation et les troubles psychotiques 5.2%. Ces différences pourraient s'expliquer par la prévalence plus élevée des troubles psychiatriques chez les détenus même mineurs (26).

A la sortie d'hospitalisation, 70% des patients retournent dans leur établissement d'origine, certains changent d'établissement, d'autres sont libérés, certains sont même ensuite hospitalisés dans d'autres structures. Ces différences dans les orientations à la sortie d'hospitalisation traduisent une certaine inégalité dans l'offre de soin proposée aux détenus mineurs. Par exemple, plusieurs mineurs hospitalisés à l'UHSA de Lyon sont ensuite pris en charge en SMPR, or il n'existe pas de telle structure pouvant accueillir des détenus mineurs sur la direction interrégionale de Lille par exemple. Une autre difficulté est mise en exergue dans notre étude : les liens avec les équipes de soins à la levée d'écrou. En effet, même si toutes les équipes sont contactées par courrier ou téléphone à la sortie d'hospitalisation, les synthèses ou les rencontres préalables avec le jeune pour favoriser la continuité des soins restent exceptionnelles. Cette difficulté considérable pour la psychiatrie en milieu pénitentiaire, que ce soit chez les détenus majeurs ou mineurs, pourrait s'expliquer par des durées d'hospitalisation courtes ou les contraintes liées aux autorisations d'accès aux UHSA pour les intervenants extérieurs.

Les données recueillies au niveau de l'UHSA de Seclin n'ont pas pu mettre en évidence de moment particulier dans leur parcours judiciaire où les patients nécessitent davantage une hospitalisation en UHSA. Il est pourtant souvent repéré, chez les détenus adultes, des périodes de vulnérabilité où ils sont plus à risque de décompensation et donc d'hospitalisation (notamment au début d'incarcération, au moment du jugement et à la levée d'écrou). Les peines et le parcours judiciaire étant différents chez les détenus mineurs, ces périodes à risque ne sont peut-être pas transposables à cette population spécifique, ce qui pourra faire l'objet de futures études.

b) Prises en charge médicamenteuse

Concernant la prise en charge médicamenteuse à la sortie d'hospitalisation, 90% des patients ont un ou plusieurs traitements psychotropes et 40% de ces traitements sont prescrits hors-AMM. Ces chiffres sont bien différents de ceux retrouvés en population générale. Par exemple, dans une étude réalisée en 2004 (56), la fréquence annuelle de prescription de psychotropes chez les enfants et les adolescents est de moins de 2.2%, et 31% de ces prescriptions sont multiples (contre 60% dans notre étude). Par contre, dans une autre étude

réalisée sur 6 mois dans un hôpital pédiatrique français (57), 1 629 traitements ont été prescrits à 471 patients. Sur ces prescriptions, 68 % étaient réalisées hors AMM.

Ainsi, il semble que la prescription de traitements psychotropes soit plus importante en milieu pénitentiaire qu'en population générale. Cela peut notamment s'expliquer par la prévalence des troubles psychiatriques en milieu carcéral. Mais, les recommandations de prescription sont les mêmes qu'en milieu libre. Des propositions pour améliorer la prise en charge médicamenteuse des détenus ont déjà été avancées (58,59) : respecter les AMM et les conférences de consensus, ne pas négliger l'éducation thérapeutique et les règles hygiéno-diététiques, et toujours respecter le secret médical.

c) MCIT et contentions

L'étude réalisée à l'UHSA de Seclin a mis en évidence un recours important à la mise en chambre d'isolement thérapeutique (55%). De plus, 15% des patients ont été isolés et contenus durant leur hospitalisation, souvent dans un contexte de passage à l'acte auto- ou hétéro-agressif (48% de passages à l'acte).

La question de l'isolement et de la contention en pédopsychiatrie reste très débattue et cette prise en charge n'est pas uniformisée. Une étude réalisée entre 2005 et 2010 en unité fermée pour adolescents (54) montrait que 23 mesures d'isolement avaient été prescrites sur 175 hospitalisations (soit 13%). Ce chiffre reste bien inférieur à celui retrouvé dans notre étude.

d) Comparaison aux données disponibles sur les autres UHSA

En comparant les résultats de ce travail national aux deux autres études réalisées à l'UHSA de Nancy (52) et de Toulouse (53), nous retrouvons de nombreuses similitudes dans les caractéristiques d'hospitalisation et d'accueil (voir **tableau 19**). Ainsi, encore une fois, il semble que les modalités de prise en charge des patients mineurs en UHSA soient davantage comparables aux prises en charge des détenus « adultes » dans ces structures qu'aux hospitalisations en pédopsychiatrie (60).

Tableau 19 – Caractéristiques des hospitalisations des patients mineurs en UHSA, comparées aux études sur l’UHSA de Nancy (52) et de Toulouse (53)

Caractéristiques	Etude sur les patients mineurs en UHSA	UHSA de Nancy	UHSA de Toulouse
Une seule hospitalisation	74%	74.9%	75%
Motif d’hospitalisation			
<i>Troubles psychotiques</i>	16%	32.3%	32%
Diagnostic principal			
<i>Troubles psychotiques</i>	25%	39.8%	48%
Durée médiane d’hospitalisation	24jours	32jours	31jours
Soins libres	59%	67.2%	61%
Orientation à la sortie			
<i>Retour dans leur établissement d’origine</i>	70%	78.9%	-
<i>SMPR</i>	5%	8.6%	-
Traitements à la sortie			
<i>Bithérapie</i>	31%	30%	20.5%
Principaux traitements prescrits	Anxiolytiques (34%)	Anxiolytiques (80%)	Antipsychotiques (88%)

4. Evaluation des soins psychiatriques proposés aux détenus mineurs et recommandations

a) Analyse des pratiques actuelles

Le temps de l’incarcération peut être l’occasion d’entrer en contact avec les soins psychiatriques pour les détenus mineurs et la détention peut constituer un levier de prise en charge de la santé mentale. Cependant, quasiment aucune étude française ne porte sur l’analyse des soins psychiatriques proposés à cette population.

Comme le précise Gilles Chantraine dans son étude (4) « l’analyse de la vie en quartier pour mineurs a peu fait l’objet d’études ». Il y explique que les établissements pénitentiaires

accueillant des mineurs sont souvent inadaptés, l'accès à l'éducation étant insuffisant et le personnel intervenant pas assez formé et impliqué. De plus, il évoque la difficulté de maintenir des liens familiaux solides pourtant nécessaires au développement du jeune et à sa réinsertion future.

En 2011, un module interprofessionnel de santé publique, piloté par l'Ecole des hautes études en santé publique (EHESP) (60) s'est intéressé à la prise en compte de la santé mentale chez les détenus mineurs. Différents professionnels qui participent à la prise en charge de ces jeunes (cadre de santé, psychologue, éducateur PJJ, pédopsychiatre, etc.) ont été interrogés. Ce travail a mis en avant des limites dans l'efficacité de la prise en charge de la santé mentale du mineur détenu, notamment :

- des personnels insuffisamment expérimentés et formés, surtout le personnel de l'administration pénitentiaire et de la PJJ, concernant la prise en charge des adolescents et de leurs souffrances ;
- une adhésion à la prise en charge de la santé mentale des mineurs détenus conditionnée par plusieurs éléments : la confidentialité et la stigmatisation, l'interdisciplinarité, la durée souvent courte de l'incarcération, l'architecture des établissements pour mineurs ;
- des inégalités territoriales de prise en charge. Ce qui nécessiterait la mise en place d'un guide de bonnes pratiques.

Quelques études américaines ont apprécié les soins spécifiques proposés aux mineurs détenus et l'accès à ses soins :

- réalisée aux Etats-Unis en 2003, l'étude de Linda Teplin et al. retrouve que, sur les 303 participants, seulement 15,4% ont reçu des soins psychiatriques en détention. En tout, 16% de ces jeunes ont reçu des soins en détention et / ou dans les 6 mois après la libération. Les filles étaient plus facilement dépistées (78.3% des filles contre 54.2% des garçons) et soignées (41.3% des filles contre 12.9% des garçons). L'étude conclut toutefois que les jeunes détenus ont plus souvent accès aux soins en détention que dans le milieu libre (61) ;
- une revue des connaissances sur les services de santé mentale dans les établissements judiciaires pour mineurs, réalisée en 2006 (62) conclut qu'il existe peu de consensus sur les types de soins à proposer et qu'il n'existe quasiment aucune donnée sur l'efficacité

de ces services alors que le système judiciaire peut être un vecteur d'accès aux soins pour certains jeunes. Il semble que les troubles non psychiatriques et addictologiques soient mieux repérés que les troubles psychiatriques. Enfin, les soins proposés aux détenus mineurs rencontrent certaines limites qui ont aussi été mises en évidence dans notre étude, notamment : les durées courtes d'incarcération qui limitent les chances d'une intervention efficace ainsi que le peu d'investissement des parents.

b) Les recommandations existantes

Des études et des groupes de travail américains proposent des principes et des recommandations pour améliorer la prise en charge sanitaire et notamment psychiatrique des détenus mineurs (63,64). De plus, un rapport international sur « La santé mentale des mineurs en détention », publié en juin 2013 (65) insiste aussi sur la nécessité d'une prise en charge globale de ces patients et l'intérêt de travail en partenariat avec les autres intervenants ainsi qu'un lien nécessaire avec les parents. Il rappelle aussi l'obligation de recueillir le consentement de ces jeunes dès que possible.

En France, deux circulaires interministérielles (15,38) encadrent la prise en charge globale et sanitaire des détenus mineurs. Celles-ci rappellent :

- la nécessité d'une dynamique partenariale entre les différents intervenants et la place des parents qui est à préserver ;
- l'importance d'une formation spécifique pour les professionnels ;
- l'intérêt de la mise en place d'un suivi à la libération pour favoriser la continuité des soins ;
- l'utilité de l'éducation à la santé pour ces jeunes ;

La circulaire spécifique à la création des UHSA (42) insiste sur :

- la nécessité d'adapter le projet médical de l'établissement pour que les jeunes puissent bénéficier d'un enseignement ou d'une formation professionnelle ;
- d'éviter dans la mesure du possible le contact entre les mineurs et les majeurs afin de répondre à certains principes pénitentiaires.

Des recommandations nationales concernant la prise en charge psychiatrique des détenus mineurs existent (44,66). Elles précisent que :

- l'équipe pédopsychiatrique ne doit pas attendre une demande de soins de la part du mineur, au contraire il faut en favoriser l'expression ;
- l'entretien d'accueil de l'équipe de soins psychiatriques doit être effectué par un psychiatre et un infirmier, ou par un infirmier spécifiquement formé, afin d'aboutir rapidement à une première évaluation permettant de mobiliser une prise en charge précoce ;
- les mineurs nécessitant une hospitalisation de jour en SMPR doivent pouvoir en bénéficier. Si le SMPR de rattachement est positionné dans un établissement pénitentiaire ne disposant pas de quartier accueillant des mineurs, les soins ne doivent pas être entravés par la logique pénitentiaire ;
- par ailleurs, face à des durées d'incarcération le plus souvent courtes, il est important d'initier un projet à la fois thérapeutique et éducatif, de travailler le suivi et la continuité des soins et de préparer rapidement la libération.

Ces recommandations insistent aussi sur :

- l'importance de développer des projets d'accueil individualisé ;
- la nécessité de formaliser l'intervention des parents ;
- la formation spécifique du personnel soignant ;
- le travail partenarial (avec les assistantes sociales, la PJJ, le médecin traitant et les parents) pour favoriser la cohérence du suivi.

B. Proposition de recommandations pour l'accueil des patients mineurs en UHSA

A partir des éléments mis en évidence dans notre étude, et en nous référant aux données de la littérature internationale sur le sujet, nous proposons les recommandations suivantes :

Recommandations de bonnes pratiques pour l'accueil des patients mineurs en UHSA

Modalités générales d'accueil

- Adapter l'organisation des services pour rassembler les patients mineurs, les séparer dès que possible des patients majeurs et assurer une surveillance particulière de cette population lorsqu'elle est en contact avec les adultes ;
- Assurer l'accès à l'enseignement ;
- Favoriser le maintien du lien avec les parents en les contactant, après accord du patient, et en obtenant leur consentement aux soins. Éventuellement, création d'un lieu de rencontre famille spécifique ;
- Recueillir précisément les antécédents du patient par le biais de sources multiples (parents, médecin traitant, obtention du carnet de santé, etc.) ;

Prise en charge spécifique

- Établir un projet de soins individualisé ;
- Favoriser une prise en charge globale (psychiatrique et non psychiatrique) ;
- Favoriser l'implication du patient mineur dans les soins : recueillir le consentement des patients dès que possible, mettre en place des ateliers d'éducation à la santé ;
- Permettre au personnel soignant de se former spécifiquement en pédopsychiatrie ;
- Mettre en place des activités thérapeutiques adaptées aux patients mineurs, distinctes de celles des adultes ;
- Prescrire les traitements psychotropes en respectant les conférences de consensus et les règles de prescription ;
- Proposer une prise en charge addictologique spécifique ;
- Respecter les protocoles de recours à l'isolement et à la contention ;
- Prévenir les comportements auto-agressif et travailler sur des plans nationaux de prévention du suicide chez les détenus mineurs ;

Liens avec les partenaires de soins

- Favoriser la communication entre toutes les unités sanitaires et également entre les niveaux sanitaires psychiatriques et non psychiatrique pour mettre en place une prise en charge globale et assurer la coordination des soins ;
- Être en contact avec le médecin traitant ;
- Assurer la continuité des soins en contactant les équipes adressant le patient et celles le prenant en charge à la sortie. Intérêt des réunions de synthèse et des rencontres préalables avec le patient durant l'hospitalisation ;
- Travailler le lien avec les secteurs pédopsychiatriques pour permettre la poursuite des soins à la sortie ;
- Favoriser un travail partenarial entre les différents intervenants : éducateurs de la PJJ, assistante sociale, équipes pénitentiaires. Organisation de synthèses pluridisciplinaires ;
- Favoriser la communication avec l'administration pénitentiaire tout en respectant le secret médical pour améliorer l'articulation des soins ;
- Ce travail partenarial doit être favorisé tout en respectant le secret médical

C. Limites et perspectives

1. Limites

La principale limite de notre étude est qu'il s'agit d'une étude rétrospective. Les données ont été recueillies par différents médecins à partir des dossiers des patients. Ainsi, il existe des biais de recueil notamment au niveau des motifs d'hospitalisation et des contacts avec les différents intervenants. De plus, nous déplorons quelques données manquantes probablement liées aux modalités de recueil des données.

Ensuite, concernant la partie de ce travail portant spécifiquement sur les patients mineurs accueillis à l'UHSA de Seclin, le faible nombre de données (27 hospitalisations) rend impossible la généralisation des résultats à l'ensemble de la population mineure accueillie en

UHSA. Ainsi, la seconde limite majeure de ce travail est le faible échantillon de patients pour certaines variables. En effet, certaines données n'ont pu être recueillies qu'à partir de l'UHSA de Seclin alors qu'il serait intéressant de disposer d'éléments nationaux.

2. Perspectives

En avril 2017, le rapport « Stratégie santé des personnes placées sous main de justice » (67) insistait sur la nécessité de mieux connaître l'état de santé de la population mineure détenue pour notamment en déterminer les besoins et ainsi mieux promouvoir la santé. En effet, jusqu'à présent très peu d'études se sont intéressées aux jeunes pris en charge par la PJJ. Désormais, il est entendu que l'adolescence est une période de vulnérabilité psychique et qu'il existe « une véritable opportunité de travail à l'amélioration de leur état de santé par le biais notamment de l'accompagnement et de la relation éducative ».

Il serait donc intéressant de promouvoir des études de cohorte, à grande échelle, sur les détenus mineurs incarcérés, pour obtenir tout d'abord les prévalences des troubles psychiatriques dans cette population, et pour décrire plus précisément ces jeunes afin de déterminer leurs besoins en terme de santé mentale. A plus long terme, une étude longitudinale permettrait d'apprécier l'évolution de ces adolescents ainsi que la continuité de soins initiés en détention, ceci dans le but d'améliorer nos pratiques et notamment de travailler le lien avec les secteurs en milieu libre.

Ensuite, aucune étude française ne s'intéresse spécifiquement aux femmes mineures détenues. Comme les hommes, ces jeunes filles peuvent être incarcérées dès l'âge de 13 ans. Et, en raison de leur faible nombre, elles sont souvent accueillies dans des quartiers femmes qui ne sont pas adaptés à la détention des détenus mineurs. Comme les UHSA prennent aussi en charge ces patientes, des études complémentaires seraient nécessaire pour apprécier leur état de santé et leur besoin en terme de soins.

Enfin, les systèmes judiciaires et l'organisation des soins aux détenus sont très différents d'un pays européen à l'autre. La prise en charge sanitaire des mineurs détenus est donc très hétérogène. Il pourrait être intéressant de mutualiser les réflexions pour, à terme, peut être mettre en place des recommandations de pratiques européennes.

V. Conclusion

« Celui qui ouvre une porte d'école, ferme une prison. »

Victor Hugo

La création des UHSA a considérablement modifié le paysage des soins en milieu carcéral, qui jusqu'à présent étaient répartis entre les soins en détention et la possibilité d'hospitalisation des détenus en secteur psychiatrique. Ces établissements sont une avancée majeure dans la prise en charge de la santé mentale des détenus et notamment des détenus mineurs. En effet, cette population est vulnérable, et plus à risque de présenter un trouble psychiatrique que la population générale du même âge. Ces jeunes, au parcours de vie parfois chaotique, n'ont souvent eu de contact avec les soins que dans des contextes d'urgence avant la détention. Le temps de l'incarcération peut alors servir de porte d'entrée à la prise en charge de leur santé mentale. Cependant, il ne faut pas non plus qu'à long terme, les UHSA soient « instrumentalisées » et servent à justifier l'incarcération de personnes souffrant de pathologies psychiatriques (68,69).

En décrivant, au travers de ce travail, les modalités d'accueil et de prise en charge des patients mineurs en UHSA, nous avons pu mettre en évidence les limites et les difficultés rencontrées lors de leur hospitalisation. Cette population spécifique demande une adaptation du projet médical, un ajustement des équipes et une harmonisation des prises en charge. Nous avons pu, à partir de notre enquête, proposer des recommandations pour améliorer nos pratiques et ainsi offrir aux mineurs détenus les mêmes soins qu'en milieu libre.

De plus, en établissant « un profil-type » du patient mineur hospitalisé en UHSA, il est possible de déterminer les besoins spécifiques, en terme de santé mentale, de cette population.

Nous pouvons enfin nous questionner sur la place des soins psychiatriques en milieu carcéral pour ces patients mineurs et le lien à avoir avec les soins en milieu libre qui seront mis en place à la sortie d'incarcération.

Nous concluons avec cette citation de Laurent Mucchielli « Alors dans ces conditions, on n'ose pas évoquer la question du travail psychologique qui devrait aussi se faire en prison, auprès de ces jeunes souvent à la dérive et en grande souffrance. Quid du travail sur soi avec un psychologue ? Quid du travail sur les relations avec les familles ? Quid de l'idée de faire en sorte que les détenus ne ressortent pas dans un état moral et psychologique pire que lorsqu'ils

sont entrés en prison ? (...). Non, décidément, la prison pour mineurs est bien loin de la doctrine officielle qui parle de « réinsertion » (note de lecture du livre d' E. Zambeaux, *En prison avec des ados. Enquête au cœur de l'"école du vice"*, paru en 2001).

Références bibliographiques

« Ce n'est pas les murs sombres d'une cellule qui vont l'aider à y voir clair à un âge où on s'interroge. »

Extrait du film « La tête haute » d'Emmanuelle Bercot, 2015

1. Beauvallet O, Lazare SY. Justice des mineurs. Berger-Levrault; 2012. 372 p.
2. Justice / Portail / Justice des mineurs [Internet]. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/justice-des-mineurs-10042/>
3. Crozat B. Une brève histoire de la justice des mineurs. *Lien Soc.* 3 avr 2008;(879):14-5.
4. Chantraine G, Touraut C, Fontaine S. Trajectoires d'enfermement Récit de vie au quartier mineur. Guyancourt: CESDIP; 2008. (Etudes et données pénales). Report No.: 106.
5. Ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante. | Legifrance. 45-174 févr 2, 1945.
6. Nations Unies. Règles de Beijing, règles minima des Nations Unies concernant l'administration de la justice pour mineurs. 40/33 nov 29, 1985.
7. Nations Unies O. Convention Internationale relative aux droits de l'enfant. 1989.
8. Nations Unies. Règles de la Havane : prévention de la délinquance, justice pour mineurs et protection des jeunes. La Havane (Cuba); 1990 Juillet.
9. Nations Unies. Principes directeurs de Riyad, règles des Nations Unies pour la protection des mineurs. 45-113 déc 14, 1990 p. 48–52.
10. Loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice.
11. VARINARD A. Commission de propositions de réforme de l'ordonnance du 2 février 1945 relative aux mineurs délinquants. déc 23, 2008.
12. Bailleau F. La justice pénale des mineurs en France. *Déviante Société.* 2002;26(3):403.
13. Delfosse C, Madec C. Les règles applicables au mineur dans les différentes phases du système judiciaire. *J Droit Jeunes.* 2006;259(9):26.
14. Chiffres clés. In Paris; 2015.
15. Ministère de la Justice. Circulaire relative au régime de détention des mineurs. 2013 mai.
16. Chambaz C. Les chiffres-clés de la Justice 2016. 2016.
17. Mainaud T, Marseau K. Justice des mineurs : les mesures alternatives renforcent la réponse pénale et les peines, dont la prison ferme, ne font pas exception. *Infostat Justice.* janv 2017;(147).
18. Mucchielli L, Le Goaziou V. La Violence des jeunes en question. *Champ social.* 2009. (Questions de société).
19. Mainaud T. Une justice pénale des mineurs adaptée à une délinquance particulière. *Infostat Justice.* Février 2015;(133).
20. Chambaz C, Manguin J, Chabanne M. Les condamnations, année 2015. 2016 Décembre.

21. Direction de l'Administration Pénitentiaire. Statistique mensuelle des personnes écrouées et détenues en France, situation au 1er janvier 2017. 2017 janv.
22. Fazel S, Baillargeon J. The health of prisoners. *The Lancet*. mars 2011;377(9769):956-65.
23. Lynam DR. Early identification of chronic offenders: Who is the fledgling psychopath? *Psychol Bull*. 1996;120(2):209-34.
24. Loeber R, Farrington DP, Petechuk D. *Child delinquency: Early intervention and prevention*. US Department of Justice, Office of Justice Programs, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention Washington, DC; 2003.
25. Wasserman GA, Keenan K, Tremblay RE, Coie JD, Herrenkohl TI, Loeber R, et al. Risk and protective factors of child delinquency. *Child Delinquency Bull Ser*. 2003;1-14.
26. Fazel S, Doll H, Långström N. Mental Disorders Among Adolescents in Juvenile Detention and Correctional Facilities: A Systematic Review and Metaregression Analysis of 25 Surveys. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. sept 2008;47(9):1010-9.
27. Karnik N, Soller M, Redlich A, Silverman M, Kraemer H, Haapanen R, et al. Prevalence of and Gender Differences in Psychiatric Disorders Among Juvenile Delinquents Incarcerated for Nine Months. *Psychiatr Serv*. 1 juin 2009;60(6).
28. Harzke AJ, Baillargeon J, Baillargeon G, Henry J, Olvera RL, Torrealday O, et al. Prevalence of Psychiatric Disorders in the Texas Juvenile Correctional System. *J Correct Health Care*. avr 2012;18(2):143-57.
29. Abram KM, Teplin LA, McClelland GM, Dulcan MK. Comorbid Psychiatric Disorders in Youth in Juvenile Detention. *Arch Gen Psychiatry*. 1 nov 2003;60(11):1097.
30. Wasserman GA, McReynolds LS, Schwalbe CS, Keating JM, Jones SA. Psychiatric Disorder, Comorbidity, and Suicidal Behavior in Juvenile Justice Youth. *Crim Justice Behav*. déc 2010;37(12):1361-76.
31. Shufelt JL, Coccozza JJ. *Youth with mental health disorders in the juvenile justice system: Results from a multi-state prevalence study*. National Center for Mental Health and Juvenile Justice Delmar, NY; 2006.
32. Mouquet M-C. *La santé des personnes entrées en prison en 2003*. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques; 2005 mars. Report No.: 386.
33. Teplin LA, Welty LJ, Abram KM, Dulcan MK, Washburn JJ. Prevalence and Persistence of Psychiatric Disorders in Youth After Detention: A Prospective Longitudinal Study. *Arch Gen Psychiatry*. 1 oct 2012;69(10):1031.
34. Abram KM, Zwecker NA, Welty LJ, Hershfield JA, Dulcan MK, Teplin LA. Comorbidity and Continuity of Psychiatric Disorders in Youth After Detention: A Prospective Longitudinal Study. *JAMA Psychiatry*. 1 janv 2015;72(1):84.
35. Fazel S, Benning R, Danesh J. Suicides in male prisoners in England and Wales, 1978-2003. *The Lancet*. oct 2005;366(9493):1301-2.

36. Loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale. 94-43 janv 18, 1994.
37. LOI n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire. 2009-1436 nov 24, 2009.
38. Ministère de la Justice, Ministère de la santé. Circulaire interministérielle DGC/DHOS/DAP/DPJJ/MC1 relative à la prise en charge sanitaire des mineurs incarcérés. 2008 mai. Report No.: 2008-158.
39. Ministère de la Justice, Ministère de la Santé. Prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice. 2012 oct.
40. Ministère de la Justice, Ministère de la Santé. Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice. 2010 2014.
41. LOI n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge - Article 10. 2013-869 sept 27, 2013.
42. Ministère de la Justice, Ministère de la Santé. Circulaire interministérielle DGOS/R4/PMJ2 relative à l'ouverture et au fonctionnement des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA). 2011 mars. Report No.: 2011-105.
43. Fovet T, Thomas P, Adins C, Amad A. France's forensic psychiatry provision: the long and winding road. *Lancet Psychiatry*. août 2015;2(8):e20.
44. Sannier O, Nappez S, Manaouil C. Prise en charge sanitaire des mineurs détenus. *Arch Pédiatrie*. 2010;17(2):166–174.
45. Murray J, Farrington DP. Risk factors for conduct disorder and delinquency : key findings from longitudinal studies. *Can J Psychiatry*. 2010;55(10):633-42.
46. Decisier D. Les conditions de la réinsertion socioprofessionnelle des détenus en France. *Conseil économique et social*; 2006.
47. Institut National de la Statistique et des Études Économiques, éditeur. L'histoire familiale des hommes détenus. Paris: Inst. National de la Statistique et des Etudes Economiques; 2002. 182 p. (Syntheses / Institut National de la Statistique et des Études Économiques).
48. Choquet M, Hassler C, Morin D, Cazier D, Dray D, Choquet L-H, et al. Santé des 14-20 ans de la protection judiciaire de la jeunesse (Secteur Public) sept ans après. 2005;
49. Kensey A, Benaouda A. Les risques de récidive des sortants de prison. Une nouvelle évaluation. *Cah Détudes Pénit Criminol*. Mai 2011;(36).
50. Razafindranovona T. La réitération d'infraction après condamnation des mineurs. Ministère de la Justice; 2007 oct.
51. Lader D, Singleton N, Meltzer H. Psychiatric morbidity among young offenders in England and Wales. *Int Rev Psychiatry*. janv 2003;15(1-2):144-7.

52. Floquet M. Santé mentale des patients hospitalisés à l'UHSA de Nancy : étude descriptive et rétrospective de 186 patients. [Faculté de médecine de Nancy]: Université de Lorraine; 2014.
53. Jullian B. Approche descriptive du profil et du parcours de soin des patients admis à l'Unité Hospitalière Spécialement Aménagée de Toulouse en 2012. [Faculté de médecine]: Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2014.
54. Nadereau L, Sabbah-Lim I, Coruble MN, Berdah S, Rappaport C. À propos de la chambre d'isolement en pédopsychiatrie. Étude au sein d'une unité d'hospitalisation pour adolescents. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* mars 2013;61(2):72-80.
55. Richard Y, Saint-André S, Porchel G, Lazartigues A. Hospitalisation en pédopsychiatrie : description et évolution d'une unité. *Arch Pédiatrie.* avr 2010;17(4):446-51.
56. Acquaviva E, Peyre H, Falissard B. Panorama de la prescription et de la consommation des psychotropes chez l'enfant et l'adolescent en France. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* janv 2012;60(1):77-85.
57. Winterfeld U, Le Heuzey M-F, Acquaviva E, Mouren M-C, Brion F, Bourdon O. Utilisation hors autorisation de mise sur le marché (AMM) des psychotropes en pédiatrie: une étude prospective. *Arch Pédiatrie.* 2009;16(9):1252–1260.
58. Fovet T, Bertrand M, Amad A. Prescrire les psychotropes en milieu pénitentiaire. *Lett Psychiatre.* 2014;10(6):172–175.
59. Fovet T, Amad A, Adins C, Thomas P. Psychotropes en milieu pénitentiaire : de la fiole à l'AMM. *Presse Médicale.* mai 2014;43(5):520-8.
60. CAINNE P, Chevalier E, Helary A, Hustache S, Jackson Powmall G, Leloup L, et al. Santé mentale et prise en charge des mineurs détenus : état des lieux, évolutions, enjeux. *Ecole des hautes études en santé publique*; 2011. (Module interprofessionnel de santé publique).
61. Teplin LA, Abram KM, McClelland GM, Washburn JJ, Pikus AK. Detecting mental disorder in juvenile detainees: who receives services. *Am J Public Health.* 2005;95(10):1773–1780.
62. Desai RA, Goulet JL, Robbins J, Chapman JF, Migdole SJ, Hoge MA. Mental health care in juvenile detention facilities : a review. *J Am Acad Psychiatry Law Online.* Juin 2006;34(2):204-14.
63. Committee on Adolescence. Health Care for Youth in the Juvenile Justice System. *PEDIATRICS.* 1 déc 2011;128(6):1219-35.
64. Wasserman GA, Jensen PS, Ko SJ, Cocozza J, Trupin E, Angold A, et al. Mental Health Assessments in Juvenile Justice: Report on the Consensus Conference. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* juill 2003;42(7):752-61.
65. Barras L, Ehouman M, Henzen D, Ibisevic S, Vidoli A. La santé mentale des mineurs en détention. 2013 Juin.

66. Santé mentale des personnes détenues et troubles du comportement : comment améliorer et articuler les dispositifs de prise en charge sanitaire et pénitentiaire ? Ministère de la Justice, Ministère de la Santé; 2003 Avril.
67. Stratégie santé des personnes placées sous main de justice (PPSMJ). Ministère des affaires sociales et de la Santé, Ministère de la Justice; 2017 Avril.
68. Fovet T, Thomas P. Etat des lieux de la psychiatrie en milieu pénitentiaire en France. Enjeux liés à la création des Unités hospitalières spécialement aménagées. Congrès Fr Psychiatr. nov 2016;
69. Botbol M, Choquet LH, Grousset J. Éduquer et soigner les adolescents difficiles : la place de l'aide judiciaire contrainte dans le traitement des troubles des conduites. Neuropsychiatr Enfance Adolesc. juin 2010;58(4):224-33.

Annexes

Annexe 1 : Courrier adressé aux UHSA

Destinataire:

Titre

Nom

Structure

Rue

Ville

Objet : enquête nationale sur la prise en charge des patients mineurs en unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA)

Seclin, le (date)

(Formule d'appel)

Actuellement interne en DES de psychiatrie au CHRU de Lille, je réalise, dans le cadre de mon travail de thèse, une étude sur la prise en charge des patients mineurs au sein des UHSA.

Les détenus mineurs représentent, en France, 1,1% de la population carcérale (soit 758 détenus mineurs au 1er Janvier 2017). Or, comme chez les détenus majeurs, la prévalence des pathologies psychiatriques est plus élevée chez les mineurs détenus qu'en population générale.

Comme vous le savez, les soins aux détenus mineurs s'organisent dans plusieurs structures : les dispositifs de soins psychiatriques au sein des unités sanitaires et, depuis quelques années, les unités hospitalières spécialement aménagées. Cependant, très peu d'études s'intéressent à l'accès aux soins pour les détenus mineurs en France et à leur qualité.

Dans le cadre de ma thèse, je réalise donc une enquête nationale sur l'ensemble des patients mineurs ayant été hospitalisés en UHSA (depuis leur ouverture jusqu'au 1er Janvier 2017). L'objectif principal est de décrire la population mineure accueillie en UHSA et ainsi de dégager des besoins et des problématiques spécifiques.

C'est afin de mener à bien ce travail que je me permets de vous contacter. La participation de l'ensemble des UHSA serait en effet un point fort pour ce projet et permettrait une réflexion nationale dans le but d'améliorer nos pratiques. Vous trouverez donc, joint à ce courrier, un tableau de recueil de données (avec son aide au remplissage) ainsi qu'un questionnaire général sur les soins aux patients mineurs proposés dans votre établissement. Si vous acceptez d'y répondre, vous pouvez retourner le document par voie postale (sous pli confidentiel avec accusé de réception) à l'adresse suivante:

**Mlle Suzanne BUYLE-BODIN
Unité hospitalière spécialement aménagée
10 chemin du Bois de l'Hôpital
59113 Seclin**

En vous remerciant de l'attention que vous porterez à mon projet,

Je reste disponible, pour toute question ou précision, aux coordonnées suivantes :

Mail :

Téléphone :

Je vous prie d'agréer, (formule de politesse), l'expression de mes respectueuses salutations

Me Suzanne BUYLE-BODIN

Interne de Psychiatrie

CHRU Lille – UHSA Seclin

Annexe 2 : Questionnaire général sur l'accueil des patients mineurs en UHSA

Questionnaire général sur les soins proposés aux patients mineurs en unité hospitalière spécialement aménagée

- Merci de préciser le **nombre total d'hospitalisations** de patients mineurs dans votre établissement (depuis l'ouverture jusqu'au 1^{er} Mai 2017) :

- Merci de préciser le **nombre d'établissements pénitentiaires**, accueillant des mineurs, vous adressant des patients :

- Existe-t-il des **aménagements spécifiques** pour les patients mineurs ?
- Intervention d'éducateurs spécialisés :

- Activités thérapeutiques adaptées, distinctes de celles proposées aux patients majeurs :

- Accès à l'éducation (salle de classe, enseignants) :

- Existe-t-il des **exigences particulières d'accueil** des patients mineurs (demandées notamment par l'administration pénitentiaire) ?

- Quelles sont les **difficultés principales** que vous rencontrez dans l'accueil de patients mineurs ?

Annexe 3 : Tableau de recueil des données et aide au remplissage

Aide au remplissage du tableau

Merci de préciser, pour chaque patient mineur hospitalisé au sein de votre établissement depuis l'ouverture :

Patient n°

Merci de numéroter chaque patient.

Si un patient mineur a été hospitalisé plusieurs fois dans votre établissement, merci de garder le même numéro patient, en ajoutant a/, b/, c/, etc. pour les différentes hospitalisations.

Année de naissance du patient : sous la forme aaaa

Sexe : sous la forme M (masculin) ou F (féminin)

Date d'entrée - Date de sortie

Sous la forme jj/mm /aaaa – jj/mm/aaaa

Les modalités de soins

SL pour soins libres.

SPDRE pour soins psychiatriques à la demande d'un représentant de l'Etat.

Le motif principal d'hospitalisation

Le diagnostic principal

Si possible sous la forme d'un code CIM-10.

Contact avec la famille

Préciser si il y a eu, durant l'hospitalisation, un contact téléphonique ou une rencontre avec la famille du patient (et préciser, si possible, le lien de parenté avec le patient).

Contact avec les éducateurs

Préciser s'il y a eu, durant l'hospitalisation, un contact téléphonique ou une rencontre avec les éducateurs (éducateurs de la Protection Judiciaire de la Jeunesse notamment) responsables de la situation.

L'orientation à la sortie

Vers quel établissement a été orienté le patient à la sortie d'hospitalisation (libération, retour en détention, etc.)

Contact avec l'établissement d'accueil

Préciser s'il y a eu un contact téléphonique ou une rencontre avec l'établissement d'accueil avant la sortie

Traitements psychotropes

Préciser si un traitement psychotrope a été prescrit à la sortie d'hospitalisation (si possible, préciser quel traitement)

Numéro Patient	Année naissance patient	Sexe	Date d'entrée - Date de sortie	Modalités de soins	Motif hospitalisation	Diagnostic Principal	Contact avec la famille	Contact avec les éducateurs	Orientation à la sortie	Contact avec l'établissement d'accueil	Traitements psychotropes
-----------------------	--------------------------------	-------------	---------------------------------------	---------------------------	------------------------------	-----------------------------	--------------------------------	------------------------------------	--------------------------------	---	---------------------------------

patient n°

patient n°

patient n°

patient n°

patient n°

patient n°

patient n°

patient n°

patient n°

Annexe 4 : Questionnaire spécifique à l'UHSA de Seclin**Caractéristiques des hospitalisations des patients mineurs sur l'UHSA de Seclin (Unité Garance) depuis son ouverture en 2013 jusqu'au 1er Janvier 2017**

- Nombre de patients mineurs hospitalisés depuis ouverture
- Moyenne d'hospitalisation de patients mineurs par an
- Modalités de soins psychiatriques : nombre d'hospitalisation en soins libres en soins à la demande d'un représentant de l'Etat
- Principaux établissements demandeurs (en pourcentage)
- Durée moyenne d'hospitalisation
- Nombre de ré-hospitalisation en moyenne par patient

Pour chaque hospitalisation de patient mineur (chaque patient étant simplement numéroté)**Caractéristiques socio-démographiques :**

- Sexe du patient
- Age du patient
- Configuration familiale (parents décédés, placement aide sociale à l'enfance, mineurs isolés)
- Situation scolaire avant l'incarcération
- Logement avant incarcération
- Antécédents de placements
- Mesures de protection
- Dossier auprès de la Maison Départemental des personnes handicapées

Parcours judiciaire

- Antécédents d'incarcération
- Antécédents de placements éducatifs en centre éducatif renforcé ou fermé
- Antécédents de mesures éducatives
- Statut juridique : prévenu ou condamné
- Délai entre date d'entrée à l'UHSA et date d'incarcération
- Délai entre date libération et date d'entrée à l'UHSA
- Etablissement d'origine
- Suivi par la projection judiciaire de la jeunesse (PJJ)

Antécédents Médicaux

- Antécédents de suivi psychiatrique – si oui préciser diagnostic motivant leur ancien suivi
- Antécédents d'hospitalisation en psychiatrie
- Nombre d'hospitalisation à l'UHSA durant la période d'étude
- Antécédents de passage à l'acte auto-agressif et/ou de tentative d'autolyse

- Exposition aux substances psycho-actives
- Antécédents de traitements psychotropes avant l'hospitalisation
- Antécédents non-psychiatriques
- Suivi en milieu carcéral – si oui par qui
- Antécédents familiaux psychiatriques

A préciser pour chaque séjour à l’UHSA: (garder le même numéro patient mais ajouter a/ b/ c/ pour les différentes hospitalisations)

Admission du Patient

- Durée moyenne de séjour en nombre de jours
- Motif d'hospitalisation
- Hospitalisations programmée ou en urgence
- Modalités de soins (soins libres ou soins à la demande d’un représentant de l’état) :
- Diagnostic principal
- Diagnostics associés
- Conctat avec la famille durant l'hospitalisation
- Contact avec la PJJ durant l'hospitalisation
- Lien avec établissement d'origine

Le temps de l'hospitalisation

- Recours à la chambre d'isolement et/ou à la contention
- Traitement psychotrope à l'entrée : oui ou non
- Prescription d'un traitement psychotrope durant l’hospitalisation
- Passages à l'acte auto- ou hétéro-agressifs : oui ou non

Modalités de sortie du patient

- Orientation vers établissement pénitentiaire d'origine
- Changement d'établissement pénitentiaire pour raison judiciaire ou médicale
- Levée d'écrou pendant l'hospitalisation
- Prescription d'un traitement psychotrope à la sortie
- Contact avec équipe de soins qui prendra en charge le patient à la sortie

AUTEUR : Nom : BUYLE-BODIN

Prénom : Suzanne

Date de Soutenance : 6 octobre 2017

Titre de la Thèse : Soigner, enfermer, éduquer : une étude nationale descriptive sur les patients mineurs pris en charge dans les unités hospitalières spécialement aménagées

Thèse - Médecine - Lille 2017

Cadre de classement : Psychiatrie adulte

DES + spécialité : Psychiatrie

Mots-clés : unités hospitalières spécialement aménagées, psychiatrie en milieu carcéral, troubles psychiatriques, adolescents, détenus mineurs, prison

Résumé :

Contexte : Au 1er janvier 2017, 758 personnes mineures étaient incarcérées en France (soit environ 1% de la population carcérale). Par rapport à la population générale du même âge, la prévalence des pathologies psychiatriques parmi ces détenus apparaît très élevée, nécessitant parfois des soins psychiatriques en hospitalisation à temps complet. Comme pour les personnes majeures incarcérées, ce sont les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) qui accueillent les détenus mineurs en hospitalisation avec ou sans consentement. L'objectif de cette thèse est de déterminer les caractéristiques cliniques et sociodémographiques de la population des patients mineurs ayant bénéficié d'au moins une hospitalisation en UHSA.

Méthode : Une étude rétrospective multicentrique incluant l'ensemble des patients mineurs hospitalisés en UHSA, depuis leur création en 2010 jusqu'au 1er janvier 2017 a été réalisée. Des données anonymisées sociodémographiques, cliniques, judiciaires et de prise en charge ont été recueillies à partir du dossier médical des patients.

Résultats : Au total, 80 patients mineurs ont été inclus, pour 120 hospitalisations en UHSA. Il s'agit généralement d'hommes (85%), âgés de 16,7 ans en moyenne. Ces patients sont majoritairement hospitalisés en soins libres (59%), pour des durées relativement courtes (48 jours en moyenne), suite à des passages à l'acte auto-agressif (43%). Les diagnostics principaux retenus sont les troubles psychotiques (25%) et les troubles anxieux (26%). Plusieurs difficultés de prise en charge (contact avec les familles et les éducateurs, accès à l'enseignement) ont été identifiées. Par ailleurs, 86% des patients bénéficient d'un traitement psychotrope à la sortie et 40% de ces prescriptions sont réalisées hors-AMM.

Conclusion : Outre son intérêt épidémiologique, cette étude souligne les difficultés actuelles dans l'accueil des patients mineurs en UHSA. Nous proposons des pistes d'amélioration pour la prise en charge de cette population autour de 3 grands axes : 1/ Aménagement spécifique des modalités d'accueil (accès à l'enseignement, lien avec les familles, etc.), 2/ Aménagement spécifique des prises en charge (éducation thérapeutique, activités thérapeutiques, formations pour le personnel soignant, prise en charge addictologique, etc.) 3/ Développement du travail partenarial (avec les secteurs psychiatriques, les éducateurs, la famille et l'administration pénitentiaire) pour favoriser la cohérence et la continuité des soins.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs : Monsieur le Professeur Renaud JARDRI, Monsieur le Docteur Ali AMAD, Monsieur le Docteur Thomas FOVET