



HAL
open science

Caractéristiques socio-démographiques et cliniques des adolescents détenus hospitalisés en unité hospitalière spécialement aménagée : résultats d'une étude transversale nationale

S. Buyle-Bodin, A. Amad, F. Medjkane, S. Bourion-Bedes, P. Thomas, T. Fovet

► To cite this version:

S. Buyle-Bodin, A. Amad, F. Medjkane, S. Bourion-Bedes, P. Thomas, et al.. Caractéristiques socio-démographiques et cliniques des adolescents détenus hospitalisés en unité hospitalière spécialement aménagée : résultats d'une étude transversale nationale. *L'Encéphale*, 2019, 45 (3), pp.207-213. 10.1016/j.encep.2018.07.008 . hal-02352975

HAL Id: hal-02352975

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-02352975>

Submitted on 25 Oct 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

Caractéristiques socio-démographiques et cliniques des adolescents détenus hospitalisés en unité hospitalière spécialement aménagée : résultats d'une étude transversale nationale

Socio-demographic and clinical characteristics of adolescents hospitalized in French units for inmates: results of a cross-sectional study

Suzanne BUYLE-BODIN^{1*}, Ali AMAD^{1,2}, François MEDJKANE¹, Stéphanie BOURION-BEDES^{3,4}, Pierre THOMAS^{1,2}, Thomas FOVET^{1,2}.

1 - CHU Lille, Pôle de Psychiatrie, Chemin du Bois de l'Hôpital, 59113 SECLIN, France

2 - Univ. Lille, CNRS UMR 9193, Laboratoire de Sciences Cognitives et Sciences Affectives (SCALab-PsyCHIC), BP 60149, 59653 Villeneuve d'Ascq Cedex, France

3 - CH Lorquin, SMPR de Metz, 5 rue du Général de Gaulle, F-57790 Lorquin, France

4- EA4360 APEMAC, Université de Lorraine, F-54000 Nancy, France

* Corresponding author

Dr. Suzanne BUYLE-BODIN

Unité hospitalière spécialement aménagée, Chemin du Bois de l'Hôpital, 59113 SECLIN, FRANCE

Téléphone : 03.61.76.30.00 Fax : 03.61.76.30.01

E-mail adress: suzanne.buylebodin@gmail.com

Conflits d'intérêt : aucun

Caractéristiques socio-démographiques et cliniques des adolescents détenus hospitalisés en unité hospitalière spécialement aménagée : résultats d'une étude transversale nationale

Socio-demographic and clinical characteristics of adolescents hospitalized in French units for inmates: results of a cross-sectional study

Résumé

Objectif : Au 1^{er} janvier 2018, les adolescents incarcérés représentaient 1 % de la population pénale, soit 772 adolescents détenus. La création des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) a permis depuis 2010 d'orienter vers ces unités les adolescents dont l'état de santé mentale nécessite une hospitalisation en psychiatrie. La France dispose de 9 UHSA. L'objectif de cette étude est de décrire les caractéristiques socio-démographiques et cliniques des adolescents pris en charge en UHSA. **Méthode :** Nous avons mené une étude transversale multicentrique incluant tous les adolescents détenus hospitalisés en UHSA, de leur création en 2010 jusqu'au 1er janvier 2017. Une analyse descriptive des données socio-démographiques, cliniques et des modalités de prise en charge collectées dans les dossiers médicaux des patients a été réalisée. **Résultats :** Au total, 80 adolescents ont été inclus, pour 120 hospitalisations. Il s'agit généralement d'hommes (85 %), âgés en moyenne de 16,7 ans. Ces patients sont majoritairement hospitalisés en soins libres (59 %), pour des durées de séjour très variables (48 jours en moyenne), et suite à des passages à l'acte auto-agressif (43 %). Les diagnostics principaux (CIM-10) 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 % des prescriptions sont réalisées en dehors des autorisations de mise sur le marché. **Conclusion :** Cette étude souligne les difficultés actuelles dans l'accueil des patients mineurs en UHSA. Nous proposons des pistes d'amélioration pour leur prise en charge autour de 3 grands axes : 1/ Aménagement spécifique des modalités d'accueil 2/ Aménagement spécifique des prises en charge 3/ Développement du travail partenarial pour favoriser la cohérence et la continuité des soins.

Mots-clés : adolescent; mineur; prison; unité hospitalière spécialement aménagée; soins

Abstract

Background: In France, on the first of January 2018, 772 underage persons were in jail, or about 1.1 % of the incarcerated population. The prevalence of psychiatric disorders among those inmates is high. As a result psychiatric care (and particularly full-time hospitalization) is essential for this population. The *unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA)* are full-time inpatient hospitalization units for inmates in France. Adults but also underage inmates can be admitted to UHSA for voluntary or involuntary hospitalization. However, no study about the characteristics of young patients admitted to UHSA is currently available. The aim of this study is to describe the population of children and adolescent patients hospitalized in these facilities and to evaluate the care provided. **Method:** We conducted a retrospective study, including all the patients under 18 years of age, who have been hospitalized in UHSA since its creation in 2010 until 31 December 2016. Anonymized data concerning socio-demographic profile, clinical symptoms and care provided have been collected from the medical records of each patient. **Results:** Overall 80 underage patients were included, for 120 hospitalisations in UHSA. Those patients are mainly male (80 %) with a mean age of 16.7 years. They are mostly hospitalized with their consent (59 %) for stays of about 50 days and frequently after self-harm behaviours. The main diagnoses are anxiety disorders (26 %) and psychotic disorders (25 %). At the end, 86 % of the patients are prescribed a psychotropic drug treatment and 40 % of those medical drugs are prescribed outside the guidelines. Finally, several specific problems were identified. Especially, contact with families and educators or access to education programs are very challenging. **Conclusion:** This study highlights the current difficulties encountered in the management of inmate underage patients in full-time psychiatric hospitalization. In this paper, we propose areas for improvement through 1/ specific arrangements to receive young patients (specific service's management in order to reinforce the observation of those young people, to facilitate contact with their families, to improve the access to education programs, etc.) 2/ specific arrangements in the treatment offered to young patients in UHSA (specific training course for nurses, specific therapeutic programs, etc.) 3/ the development of networks working with psychiatric services inside and outside the prison, educators, families and prison services, in order to promote the continuity of cares.

Keywords: adolescent; forensic; prison; care; UHSA

Introduction

En France, seuls les mineurs de plus de 13 ans peuvent être condamnés à des peines privatives de liberté. Au 1^{er} janvier 2018, 772 personnes mineures étaient détenues en France, ce qui représente 1,1 % de la population écrouée détenue [1].

Comme la population carcérale en général [2–4], les détenus mineurs sont exposés à des problèmes de santé multiples et apparaissent particulièrement affectés par les troubles psychiatriques [5]. Même si les études sur le sujet restent rares, certains travaux ont clairement mis en évidence que les détenus mineurs présentent un risque élevé de souffrir d'un trouble mental. Une méta-analyse menée par Seena Fazel et collaborateurs a récemment repris les résultats de 25 études publiées entre 1966 et 2006, montrant que les adolescents en détention et en établissement correctionnel présentent des risques de souffrir de trouble psychotique et de troubles des conduites multipliés par 10 par rapport aux adolescents en population générale. Ils ont aussi 2 à 4 fois plus de risque de souffrir d'un trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH). Le **Tableau 1** propose une brève synthèse de la littérature internationale sur le sujet [6–12]. Une seule étude, réalisée en 2003 auprès des arrivants en détention, décrit l'état de santé des détenus mineurs en France. L'analyse des données de 3 970 adolescents incarcérés révèle principalement que cette population présente des antécédents addictologiques marqués [13]. Enfin, concernant le suicide, les données épidémiologiques internationales disponibles sur le sujet indiquent qu'il constitue une problématique importante chez ces détenus [10,14] et les chiffres de l'administration pénitentiaire rapportent le décès de 11 détenus mineurs par suicide en France entre 2006 et 2016.

Comme chez les détenus majeurs, les soins psychiatriques pour les personnes incarcérées mineures, s'organisent en unités sanitaires de trois niveaux [15,16] : (i) un premier niveau constitué des dispositifs de soins psychiatriques (DSP) pour les consultations et activités ambulatoires, (ii) un deuxième niveau permettant une prise en charge à temps partiel avec les services médico-psychologiques régionaux (SMPR) ; à noter que seuls les SMPR situés dans les centres pénitentiaires disposant d'un quartier mineur peuvent, en théorie, accueillir des patients âgés de moins de 18 ans, et enfin (iii) un troisième niveau avec les hospitalisations à temps complet en secteur de psychiatrie générale ou en unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA).

Les UHSA, créées par la loi du 9 septembre 2002, ont pour objectif d'accueillir des personnes détenues, en hospitalisation à temps complet, avec ou sans leur consentement. Il s'agit d'établissements psychiatriques entourés d'une « ceinture » pénitentiaire. Au sein des unités, le soin psychiatrique prime même si la personne détenue reste soumise aux règles particulières

restreignant sa liberté. Il existe actuellement 9 UHSA qui peuvent, en dérogeant au principe pénitentiaire de séparation des détenus majeurs et mineurs, accueillir des personnes détenues âgées de moins de 18 ans. L'accueil de cette population est soumis à des réglementations officielles [17] et à des mesures spécifiques, notamment : la nécessité d'une vigilance renforcée, le maintien du suivi éducatif et l'accès à un enseignement ou à une formation adaptée.

Depuis l'ouverture des UHSA, très peu de travaux ont été mis en place pour évaluer ces dispositifs [18–20]. En particulier, aucune étude ne s'est intéressée à la population des patients mineurs accueillis au sein de ces structures. L'objectif de ce travail est donc de décrire les caractéristiques socio-démographiques et cliniques des patients mineurs hospitalisés en UHSA et d'apprécier les prises en charge (modalités d'accueil, prescriptions médicamenteuses et orientation à la sortie) qui leur sont actuellement proposées dans ces établissements de soin.

< Insérer ici le Tableau 1 >

Méthode

Une étude épidémiologique transversale multicentrique a été conduite entre le 1^{er} mars 2017 et le 1^{er} septembre 2017 dans l'ensemble des UHSA de France en fonctionnement au moment de l'enquête (soit 8 établissements : Cadillac, Fleury-Les-Aubrais, Nancy-Laxou, Rennes, Lille-Seclin, Lyon-Bron, Toulouse et Villejuif). L'UHSA de Marseille n'était pas encore ouverte au moment de l'étude.

Les patients mineurs ayant bénéficié d'une hospitalisation en UHSA, depuis leur ouverture en mai 2010 jusqu'au 1^{er} janvier 2017, ont été inclus. Des données anonymisées socio-démographiques et cliniques ont été recueillies à partir des dossiers médicaux des patients. Ces données concernaient l'âge et le sexe des patients, le diagnostic principal posé par le clinicien à partir de la CIM-10, les modalités de prise en charge, le motif et la durée d'hospitalisation, le contact avec les partenaires de soins ainsi que le traitement médicamenteux prescrit à la sortie d'hospitalisation.

En ce qui concerne les traitements prescrits à la sortie, les prescriptions ont été analysées et confrontées aux autorisations de mise sur le marché (AMM) afin de déterminer la proportion des prescriptions « hors-AMM ».

Un questionnaire général, élaboré par les enquêteurs et portant sur les modalités d'accueil des patients mineurs en UHSA a également été proposé aux médecins coordonnateurs des établissements. Ce questionnaire interrogeait notamment sur les modalités spécifiques de prise en charge mises en place lors de l'hospitalisation d'un adolescent (activités thérapeutiques, aménagements spécifiques de fonctionnement du service et interventions d'un enseignant).

Une analyse statistique descriptive a été réalisée, avec calcul des moyennes, écarts-types, médianes et étendues interquartiles pour les variables quantitatives et calcul des effectifs et pourcentages pour chaque variable qualitative.

Cette étude a été déclarée et approuvée par la Commission nationale informatique et libertés (CNIL DEC-16-114).

Résultats

Au total, 80 patients ont été inclus, pour un total de 120 hospitalisations (certains patients ayant bénéficié de plusieurs hospitalisations). Comme le montre la **Figure 1**, la majorité des hospitalisations se sont déroulées à l'UHSA de Lyon (52 hospitalisations) et de Lille (27 hospitalisations).

< Insérer ici la Figure 1 >

Caractéristiques socio-démographiques des patients inclus

Les patients mineurs de sexe masculin représentaient 85 % de la population mineure hospitalisée en UHSA (soit 68 patients). Ils étaient âgés de 16,7 ans en moyenne (avec un âge minimum de 15 ans).

Caractéristiques des hospitalisations

La majorité des patients n'était hospitalisée qu'une seule fois (74 %), en soins libres (59 %). Un patient a, au maximum, été hospitalisé 8 fois. Les durées de séjour étaient très variables, avec une moyenne de 48,1 jours (médiane : 24 jours, Q1 : 13 jours, Q3 : 46.5 jours). La durée minimale d'hospitalisation était de 1 journée, la durée maximale de 565 jours.

Le **Tableau 2** décrit les principaux motifs d'hospitalisation. Sur notre échantillon, 43 % des patients ont été hospitalisés suite à un passage à l'acte auto-agressif ou dans le cadre d'une crise suicidaire (soit 52 patients).

< **Insérer ici le Tableau 2** >

Le **Tableau 3** présente les principaux diagnostics, posés à partir de la CIM-10, retenus à l'issue de l'hospitalisation. Les deux diagnostics principaux le plus souvent décrits étaient les troubles anxieux (26 %) et les troubles psychotiques (25 %).

< **Insérer ici le Tableau 3** >

Analyse des prises en charge

La **Figure 2** détaille les prescriptions de sortie. Des associations de traitements psychotropes étaient retrouvées dans 60 % des cas et seuls 10 % des patients n'avaient pas de traitement à la sortie d'hospitalisation. Sur les 253 traitements psychotropes prescrits, 101 prescriptions étaient réalisées hors autorisation de mise sur le marché (soit 40 %). Les deux principales classes médicamenteuses prescrites étaient les anxiolytiques (87 traitements prescrits dont 45 neuroleptiques sédatifs, 34 benzodiazépines et 8 antihistaminiques) et les antipsychotiques (69 traitements prescrits, dont 13 molécules retards).

< **Insérer ici la Figure 2** >

Concernant les modalités d'accueil des patients mineurs, plusieurs difficultés de prise en charge sont relevées par les médecins coordonnateurs des établissements. En résumé :

- Le principe pénitentiaire de séparation des détenus majeurs et des détenus mineurs n'est quasiment pas respecté (seulement dans deux UHSA où les modalités d'organisation des services le permettent). Et la vigilance renforcée des équipes, normalement nécessaire lors de l'accueil d'un patient mineur, est rarement mise en place.
- Un défaut de formation spécifique du personnel soignant à l'accueil des patients mineurs est constaté.
- L'intervention des éducateurs n'est pas systématique (intervention dans 81 cas soit 67.5 %) et les modalités de contact sont très hétérogènes d'une UHSA à une autre.

- L'accès à l'enseignement n'est proposé que dans une seule UHSA (partenariat avec un enseignant intervenant dans un établissement pénitentiaire de la région qui est sollicité lorsqu'un patient mineur est hospitalisé). Cette UHSA est aussi la seule à imposer le principe d'une activité thérapeutique par jour aux patients mineurs, même si ces activités ne sont pas spécifiques.
- Le contact avec les familles est souvent compromis (effectué dans 78 cas soit 65 %). Enfin, il a été signalé que la distance entre les UHSA et les lieux d'incarcération des détenus mineurs compromet souvent le travail partenarial avec les autres intervenants et le lien avec les parents.

Orientation à la sortie

Dans le **Tableau 4** figurent les orientations à la sortie d'hospitalisation. Le retour dans l'établissement d'origine était organisé dans 70 % des cas, soit pour 84 séjours sur les 120 analysés. Les équipes de soins qui prenaient en charge les patients à la sortie ont été contactées par courrier ou téléphone dans 71 % des cas. Certains patients, 19 au total, ont bénéficié d'une levée d'écrou avec, pour 5 d'entre eux, un relais de prise en charge en hospitalisation à temps complet en soins libres ou en soins psychiatriques à la demande d'un représentant de l'état.

< Insérer ici le Tableau 4 >

Discussion

Même si cela reste peu fréquent (120 hospitalisations de mai 2010 à janvier 2017), les UHSA peuvent accueillir des détenus mineurs nécessitant des soins psychiatriques à temps complet. Ces patients sont généralement de jeunes hommes, âgés de plus de 16 ans. Ce profil type de patients reflète globalement les caractéristiques de la population des mineurs incarcérés [1,21], ainsi que la population des patients mineurs pris en charge dans certaines unités de « *forensic psychiatry* » dans les pays anglo-saxons [22].

Les durées de séjour des patients mineurs en UHSA sont très variables, ce qui peut en partie expliquer les difficultés de mise en place de prise en charge spécifique (activités, enseignement, rencontre avec les parents, etc.). En comparant avec l'accueil des patients libres en service de pédopsychiatrie, les durées de séjour correspondent aux résultats de certaines études de cohorte

[23]. Toutefois, les hospitalisations sans consentement restent extrêmement rares en milieu ouvert [23] contrairement aux données retrouvées dans notre travail. 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 %). En comparaison, dans certaines études [24] réalisées en milieu pédopsychiatrique libre, 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 de ces troubles psychiatriques chez les détenus mineurs. Par ailleurs, notre travail retrouve un nombre important d'hospitalisations pour « séjour de rupture », ce qui interroge la capacité, en termes de moyens, des unités sanitaires en milieu pénitentiaire à répondre aux nécessités de prise en charge ambulatoire dans cette population.

Cette étude, qui est la première de ce type réalisée en France, vient souligner l'importante hétérogénéité qui existe entre les UHSA quant à la prise en charge des patients mineurs. En analysant les pratiques de chaque établissement, nous constatons que des aspects fondamentaux dans la prise en charge de cette population sont parfois négligés. Les difficultés débutent dès l'accueil des patients mineurs qui sont hébergés dans les mêmes unités que les détenus majeurs. En dérogeant au principe pénitentiaire de séparation de ces deux populations, les UHSA s'engagent normalement à mettre en place une vigilance renforcée lorsqu'un patient âgé de moins de 18 ans est accueilli. Cependant cette surveillance particulière peut être difficile à mettre en place si les effectifs paramédicaux sont limités. Ensuite, il apparaît extrêmement complexe d'ajuster les prises en charge puisque généralement, le personnel soignant n'est pas spécifiquement formé à l'accueil de patients mineurs. Par ailleurs, les principes d'accès à l'enseignement, de continuité du travail éducatif et du maintien du lien avec les familles, abordés dans les différentes circulaires interministérielles relatives à la prise en charge sanitaire des détenus mineurs [25,26], ne sont que rarement respectés. En effet, les contacts avec les éducateurs ou les titulaires de l'autorité parentale ne sont pas systématiques et seule une UHSA propose l'intervention d'un enseignant quand un détenu mineur est hospitalisé. Il semble donc nécessaire de repenser le travail partenarial et la communication avec les services éducatifs et la famille pour ces patients.

Notre travail souligne aussi une certaine inégalité territoriale dans l'offre de soin proposée aux détenus mineurs, comme en témoigne l'hétérogénéité des orientations à la sortie

d'hospitalisation. Par exemple, il n'existe pas de SMPR pouvant accueillir les mineurs dans la région Hauts-de-France contrairement à la région Rhône-Alpes. Une autre difficulté est mise en exergue : les liens avec les équipes de soins à la levée d'écrou. En effet, même si toutes les équipes de soins sont contactées à la sortie des patients par courrier ou téléphone, les synthèses ou les rencontres préalables avec le patient en vue de favoriser la continuité des soins restent exceptionnelles.

Enfin, concernant la prise en charge médicamenteuse à la sortie d'hospitalisation, 90 % des patients bénéficient d'un ou plusieurs traitements psychotropes et 40 % de ces traitements sont prescrits hors AMM. La fréquence de prescription paraît plus élevée qu'en milieu pédopsychiatrique libre puisqu'une étude d'Acquaviva et al. retrouve par exemple une fréquence annuelle de prescription de 2.2 % avec 31 % de prescriptions multiples en milieu libre contre 60 % d'association de traitements dans notre étude [27]. Concernant les prescriptions hors AMM, elles semblent aussi fréquentes en pédiatrie (68 % des prescriptions sont réalisées hors AMM dans une étude de Winterfeld et al. [28]). Ces derniers chiffres témoignent du manque de spécialités pharmaceutiques ayant une autorisation de prescription chez l'enfant et l'adolescent. Les prescriptions de traitements hors AMM sont bien évidemment possibles mais elles doivent alors respecter des recommandations précises [29,30].

Ainsi, nous constatons que l'accueil des patients mineurs en UHSA soulève de nombreuses difficultés et l'ajustement des pratiques professionnelles à cette population n'est pas toujours réalisé. D'autres travaux nationaux avaient déjà souligné ces écueils dans la prise en charge sanitaire des détenus mineurs [31,32]. Et malgré des différences importantes d'organisation des systèmes judiciaires et de soins dans les autres pays, cette question semble être une problématique internationale. Par exemple, aux États-Unis, plusieurs études [33–35] ont apprécié les besoins en termes de santé des mineurs pris en charge par le système correctionnel et soulignent les mêmes limites que notre travail dans la mise en place d'un soin adapté à ces détenus à savoir : des durées courtes d'incarcération qui limitent les chances d'une intervention efficace, des données épidémiologiques sur cette population largement limitées, l'absence de consensus sur les types de service à proposer, des inégalités territoriales dans l'accès aux soins, et enfin l'absence de formation spécifique du personnel soignant.

En vue d'améliorer les pratiques, des études et groupes de travail anglo-saxons ont proposé des principes et des recommandations pour perfectionner la prise en charge sanitaire, psychiatrique notamment, des détenus mineurs [33,36]. Ces pistes de réflexion ont été reprises plus récemment dans un rapport international sur « *La santé mentale des mineurs en détention* » [37] qui insiste sur la nécessité d'une prise en charge globale des détenus mineurs et l'intérêt d'un travail partenarial, plus particulièrement avec les parents.

Finalement, en mettant en parallèle les résultats de notre étude et les données de la littérature internationale, nous souhaitons proposer ici des recommandations pour l'accueil des patients mineurs en UHSA, autour de trois grands axes : (i) Aménagement spécifique des modalités d'accueil, (ii) Aménagement spécifique des prises en charge, (iii) Développement du travail partenarial avec les secteurs psychiatriques. Ces recommandations sont détaillées dans le **Tableau 5**.

< Insérer ici le Tableau 5 >

Conclusion

L'ouverture des UHSA a considérablement modifié le paysage des soins proposés aux détenus mineurs. Cette population nécessite une prise en charge sanitaire adaptée, d'autant plus que le temps de l'incarcération peut être un temps propice à la rencontre avec le soin (même si cela ne doit en aucun cas en constituer un objectif). Notre travail, malgré ses limites (étude rétrospective induisant des biais de recueil des données notamment), souligne la nécessité d'un ajustement de nos prises en charge. La mise en place d'études épidémiologiques à plus grande échelle afin d'explorer au mieux les caractéristiques de cette population et déterminer plus spécifiquement ses besoins en termes de santé s'avère également indispensable.

Remerciements

Les auteurs remercient l'ensemble des médecins des UHSA qui ont accepté de participer à la réalisation de cette enquête : Dr Catherine Adins (UHSA Lille-Seclin), Dr Eve Becache (UHSA Lyon-Bron), Dr Dominique Dandelot (UHSA Bordeaux-Cadillac), Dr Diane De Labrouhe (UHSA Villejuif), Dr Pascale Giravalli (UHSA Marseille), Dr Alexandre Guillard (UHSA Orléans), Dr Anne Henry (UHSA Rennes), Dr Pierre Horrach (UHSA Nancy-Laxou), Dr

Charles-Edouard Lambert (UHSA Lyon-Bron), Dr Anne-Hélène Moncany (UHSA Toulouse), Dr Emilie Parenty (UHSA Nancy-Laxou), Dr François Parrot (UHSA Orléans) et Dr David Toutou (UHSA Villejuif). Ainsi que Mme Delphine Carka (UHSA Lyon-Bron), Mme Camille Lancelevée et M. Gilles Chantraine.

CONFLITS D'INTERET

Aucun

Légendes des figures

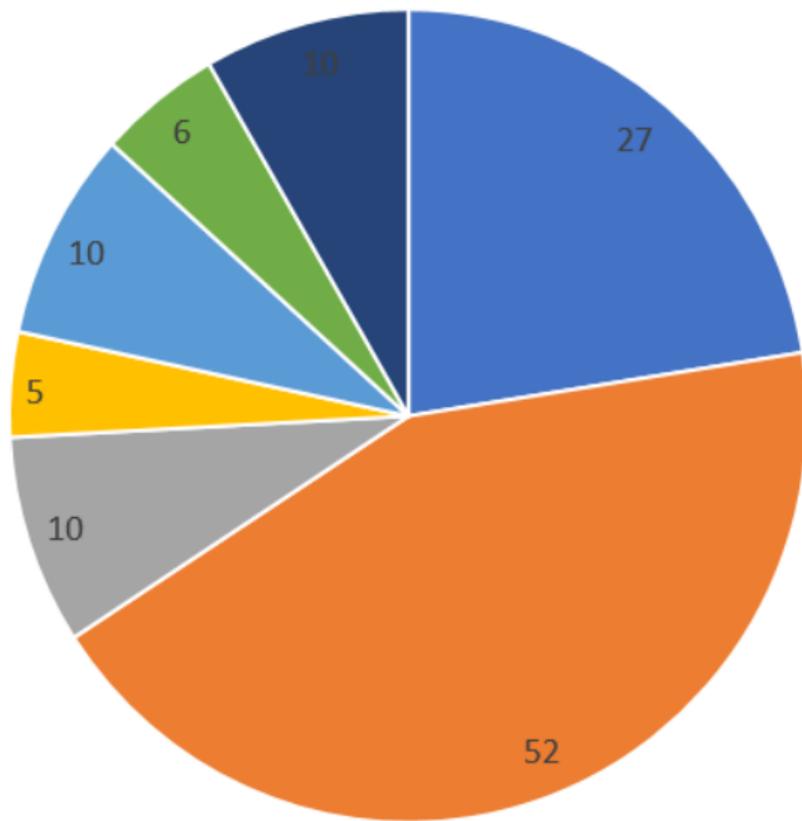
Figure 1 – Nombre d’hospitalisations de patients mineurs, par unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA), du 1^{er} mai 2010 jusqu’au 1^{er} janvier 2017.

Figure 2 – Traitements de sortie des patients mineurs hospitalisés en unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) entre le 1^{er} mai 2010 et le 1^{er} janvier 2017.

Bibliographie

- [1] Direction de l'Administration Pénitentiaire. Statistique mensuelle des personnes écrouées et détenues en France, situation au 1er octobre 2017. 2017.
- [2] Falissard B, Loze J-Y, Gasquet I, et al. Prevalence of mental disorders in French prisons for men. *BMC Psychiatry* 2006;6. doi:10.1186/1471-244X-6-33.
- [3] Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *The Lancet* 2002;359:545–50. doi:10.1016/S0140-6736(02)07740-1.
- [4] Fazel S, Seewald K. Severe mental illness in 33 588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. *Br J Psychiatry* 2012;200:364–73. doi:10.1192/bjp.bp.111.096370.
- [5] Golzari M, Hunt S, Anoshiravani A. The health status of youth in juvenile detention facilities. *J Adolesc Health* 2006;38:776–82. doi:10.1016/j.jadohealth.2005.06.008.
- [6] 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* 2008;47:1010–9.
- [7] Karnik N, Soller M, Redlich A, et al. Prevalence of and Gender Differences in Psychiatric Disorders Among Juvenile Delinquents Incarcerated for Nine Months. *Psychiatr Serv* 2009;60.
- [8] Harzke AJ, Baillargeon J, Baillargeon G, et al. Prevalence of Psychiatric Disorders in the Texas Juvenile Correctional System. *J Correct Health Care* 2012;18:143–57.
- [9] Abram KM, Teplin LA, McClelland GM, et al. Comorbid Psychiatric Disorders in Youth in Juvenile Detention. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:1097.
- [10] Wasserman GA, McReynolds LS, Schwalbe CS, et al. Psychiatric Disorder, Comorbidity, and Suicidal Behavior in Juvenile Justice Youth. *Crim Justice Behav* 2010;37:1361–76.
- [11] Shufelt JL, Cocozza 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.
- [12] Colins O, Vermeiren R, Vreugdenhil C, et al. Psychiatric Disorders in Detained Male Adolescents: A Systematic Literature Review. *Can J Psychiatry* 2010;55:255–63. doi:10.1177/070674371005500409.
- [13] 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.
- [14] Fazel S, Benning R, Danesh J. Suicides in male prisoners in England and Wales, 1978–2003. *The Lancet* 2005;366:1301–2.
- [15] Ministère de la Justice, Ministère de la Santé. Prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice. 2012.
- [16] Ministère de la Justice, Ministère de la Santé. Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice. 2010.
- [17] 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.
- [18] De Labrouhe D, Plancke L, Amad A, et al. Hospitalisation en unité hospitalière spécialement aménagée : enquête de satisfaction auprès des patients. *Rev Dépidémiologie Santé Publique* 2017;65:285–94.

- [19] Thomas P, Fovet T, Amad A. Psychiatrie en milieu pénitentiaire, entre nécessité et ambiguïté. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr* 2015;173:348–51. doi:10.1016/j.amp.2015.03.020.
- [20] Fovet T, Thomas P, Adins C, et al. France's forensic psychiatry provision: the long and winding road. *Lancet Psychiatry* 2015;2:e20.
- [21] Chambaz C. Les chiffres-clés de la Justice 2016. 2016.
- [22] Janssen-de Ruijter EAW, Mulder EA, Vermunt JK, et al. Many, more, most: four risk profiles of adolescents in residential care with major psychiatric problems. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2017;11. doi:10.1186/s13034-017-0204-1.
- [23] Nadereau L, Sabbah-Lim I, Coruble MN, et al. À propos de la chambre d'isolement en pédopsychiatrie. Étude au sein d'une unité d'hospitalisation pour adolescents. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2013;61:72–80.
- [24] Richard Y, Saint-André S, Porchel G, et al. Hospitalisation en pédopsychiatrie : description et évolution d'une unité. *Arch Pédiatrie* 2010;17:446–51.
- [25] Delfosse C, Madec C. Les règles applicables au mineur dans les différentes phases du système judiciaire. *J Droit Jeunes* 2006;259:26.
- [26] 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.
- [27] 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* 2012;60:77–85.
- [28] Winterfeld U, Le Heuzey M-F, Acquaviva E, et al. Utilisation hors autorisation de mise sur le marché (AMM) des psychotropes en pédiatrie: une étude prospective. *Arch Pédiatrie* 2009;16:1252–1260.
- [29] Perraudin M, Coulon S, Willoquet G, et al. La prescription hors autorisation de mise sur le marché (hors AMM) en pédopsychiatrie. *Inf Psychiatr* 2018;94:101–7.
- [30] Fovet T, Amad A, Adins C, et al. Psychotropic drugs in prison. *Presse Medicale Paris Fr* 1983 2014;43:520–8. doi:10.1016/j.lpm.2013.08.005.
- [31] Caille P, Chevalier E, Helary A, et al. Santé mentale et prise en charge des mineurs détenus : état des lieux, évolutions, enjeux. *Ecole des hautes études en santé publique*; 2011.
- [32] Chantraine G, Touraut C, Fontaine S. Trajectoires d'enfermement Récit de vie au quartier mineur. Guyancourt: CESDIP; 2008.
- [33] Committee on Adolescence. Health Care for Youth in the Juvenile Justice System. *PEDIATRICS* 2011;128:1219–35.
- [34] Desai RA, Goulet JL, Robbins J, et al. Mental health care in juvenile detention facilities : a review. *J Am Acad Psychiatry Law Online* 2006;34:204–14.
- [35] Teplin LA, Abram KM, McClelland GM et al. Detecting mental disorder in juvenile detainees: who receives services. *Am J Public Health* 2005;95:1773–1780.
- [36] Wasserman GA, McCreynolds LS, Lucas CP et al. The Voice DISC-IV With Incarcerated Male Youths: Prevalence of Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002;41:314–21.
- [37] Barras L, Ehouman M, Henzen D et al. La santé mentale des mineurs en détention. 2013.



- Lille
- Lyon
- Nancy
- Orléans
- Toulouse
- Villejuif
- Rennes

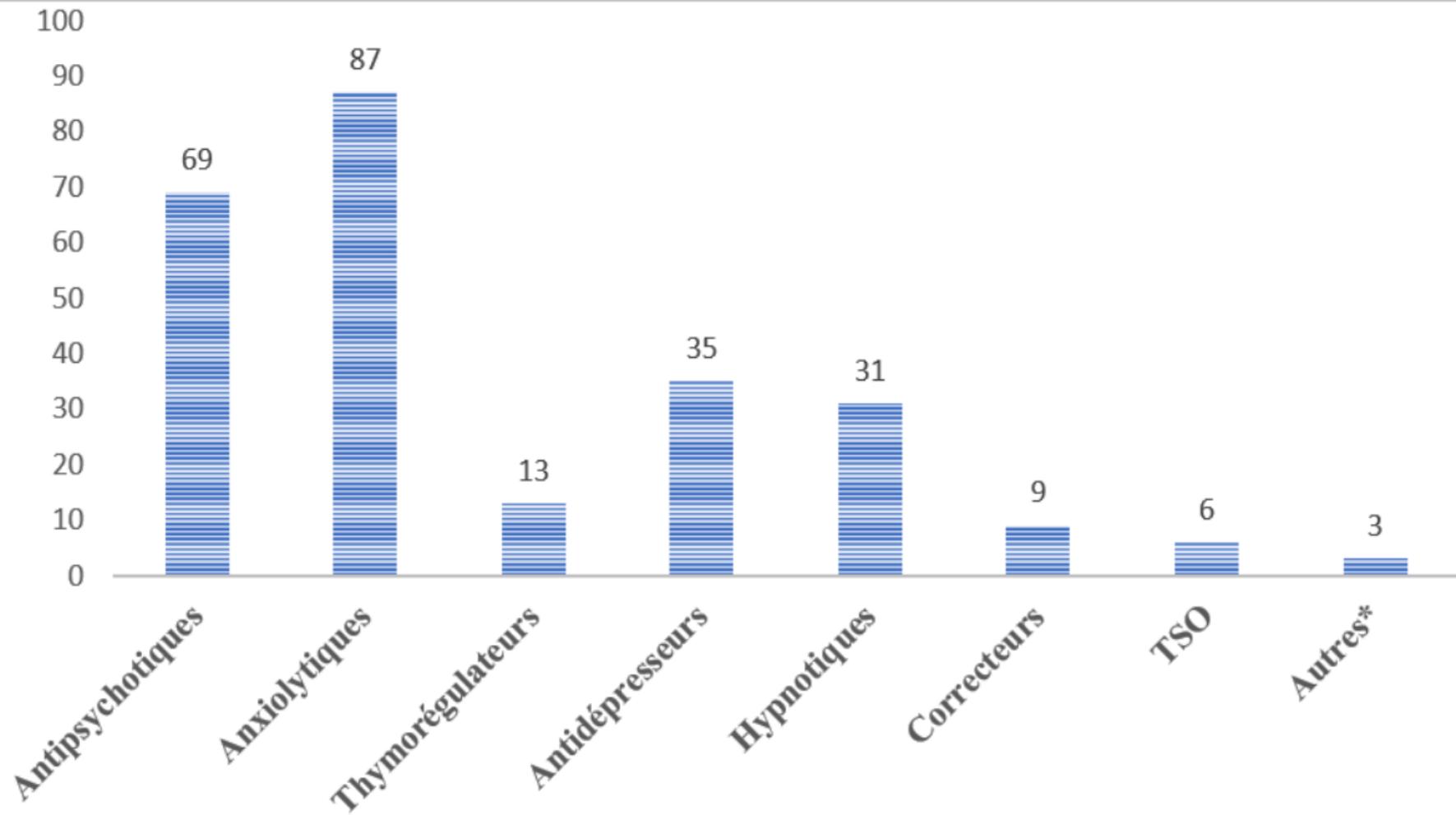


Tableau 1 : Résultats des principales études de prévalence des troubles psychiatriques et addictologiques chez les mineurs en milieu carcéral.

Les chiffres de prévalence sont présentés en % (avec intervalle de confiance à 95% si disponible). H = homme ; F = femme ; TDAH = Trouble déficit de l'attention / hyperactivité

	Mouquet et al. (2003) <i>France</i>	Fazel et al. (2008) <i>Métab-analyse</i>	Karnik et al. (2009) <i>Etats-Unis</i>	Colins et al. (2010) <i>Métab-analyse</i>	Harzke et al. (2012) <i>Etats-Unis</i>
Au moins un trouble psychiatrique	ND	ND	H : 98 F : 99	69.9 (69.5-70.3)	H : 98.2 (97.9-98.4) F : 99.6 (99.0-99.8)
Troubles psychotiques	ND	H : 3.3 (3.0-3.6) F : 2.7 (2.0-3.4)	H : 4 F : 5	1.35 (1.32-1.39)	H : 1.9 (1.6-2.2) F : 2.8 (2.0-4.0)
Troubles dépressifs	ND	H : 10.6 (7.3-13.9) F : 9.2 (21.9-36.5)	H : 3 F : 9	12.0 (11.7-12.2)	H : 11.3 (10.7-11.9) F : 25.0 (22.6-27.6)
TDAH	ND	H : 11.7 (4.1-19.2) F : 18.5 (9.3-27.7)	H : 8 F : 16	13.5 (13.2-13.9)	H : 18.6 (17.9-19.4) F : 15.3 (13.4-17.6)
Troubles des conduites	ND	H : 2.8 (40.9-64.7) F : 52.8 (32.4-73.2)	H : 93 F : 92	46.4 (45.6-47.3)	H : 83.3 (82.5-83.9) F : 83.0 (80.7-85.1)
Mésusages de substances psychoactives	40%	ND	H : 39 F : 40	45.1 (44.6-45.5)	H : 75.5 (74.6-76.3) F : 76.5 (73.9-78.8)

Tableau 2 – Principaux motifs d’hospitalisation des patients mineurs accueillis en unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA), du 1^{er} mai 2010 au 1^{er} janvier 2017.

	n (N = 120)	%
Crise suicidaire et passage à l’acte auto-agressif	52	43%
Trouble 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%
Trouble addictif	1	1%
Autres (troubles envahissants du développement, etc.)	1	1%

Tableau 3 – Diagnostic principal (CIM-10) retenu pour chaque hospitalisation de patient mineur en unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA), du 1^{er} mai 2010 au 1^{er} janvier 2017.

	n (N=120)	%
Troubles anxieux	31	26%
Troubles psychotiques	30	25%
Troubles de l'humeur	16	13%
Troubles des conduites	14	12%
Troubles de la personnalité	11	9%
Difficultés liées à l'emprisonnement*	3	2,3%
Troubles du comportement	3	2,3%
Troubles envahissants du développement	3	2,3%
Troubles mentaux liés à l'utilisation de substances	1	1%
Evaluation diagnostic	1	1%
Données manquantes	7	6%

*Code CIM-10 Z65.1

Tableau 4 – Orientation des patients mineurs à la sortie d’hospitalisation en unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) – entre le 1^{er} mai 2010 et le 1^{er} janvier 2017.

	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 centre éducatif fermé	1		1%
Poursuite des soins, non psychiatriques, vers un centre hospitalier	1		1%
Hospitalisation toujours en cours	1		1%

Tableau 5 – Recommandations de bonnes pratiques pour l'accueil des patients mineurs en unité hospitalière spécialement aménagée.

Recommandations de bonnes pratiques pour l'accueil des patients mineurs en UHSA	
Modalités générales d'accueil	<ul style="list-style-type: none">• Adapter l'organisation des services pour rassembler les patients mineurs avec séparation des patients majeurs dès que possible et surveillance particulière ;• 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	<ul style="list-style-type: none">• 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 du patient 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 recommandations de recours à l'isolement et à la contention

mécanique ;

- 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 ;
- Maintenir un 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