



MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2011 –

**SANTÉ MENTALE ET PRISE EN CHARGE DES
MINEURS DETENUS : ETAT DES LIEUX,
EVOLUTIONS, ENJEUX**

– Groupe n° 17 –

Perrine CAINNE (EDH)
Emmanuelle CHEVALIER (IASS)
Anne HELARY (ED3S)
Sarah HUSTACHE (EDH)
Gaële JACKSON POWMALL (ED3S)

Loïc LELOUP (IASS)
Françoise MONNERET (EDS)
Olivier OVAGUIMIAN (EDH)
Léna PAYGAMBAR (ED3S)
Céline RANTIEN (ED3S)

Animateur/trice(s)

- N GOURMELON

S o m m a i r e

Introduction	1
Méthodologie :	3
Un travail collectif inter-filières et une préparation préalable	3
Un démarrage rapide et une organisation collégiale.....	3
Réalisation des entretiens et rédaction du rapport	4
I. La justice des mineurs accorde une place particulière à la notion de santé mentale ..	5
A. La spécificité de la santé mentale des mineurs nécessite une adaptation de la	
responsabilité pénale	5
1. Le concept de santé mentale appliqué aux adolescents.....	5
2. Les spécificités de la responsabilité pénale des mineurs.....	7
B. La spécificité de la santé mentale des mineurs rend nécessaire l'application de	
peines adaptées	8
1. La notion de « mineur » en droit pénal.....	9
2. Les sanctions pénales applicables aux mineurs.....	10
II. La prise en compte de la santé mentale est porteuse de potentialités pour la	
construction du mineur détenu sous certaines conditions	13
A. L'incarcération constitue une première étape dans la prise en charge sur le	
plan de la santé mentale.....	13
1. Repérage des besoins en matière de santé mentale à l'arrivée du mineur.....	13
2. Mise en œuvre d'un projet personnalisé au cours de la détention.....	14
B. Des limites dans l'efficacité de la prise en charge de la santé mentale du	
mineur détenu.....	17
1. Des personnels insuffisamment expérimentés et formés.....	17
2. Une adhésion à la prise en charge de la santé mentale des mineurs détenus	
conditionnée par plusieurs éléments	19
Préconisations	22
Conclusion	23
Bibliographie.....	25
Liste des annexes.....	I

R e m e r c i e m e n t s

Nous tenons à remercier l'ensemble des professionnels que nous avons rencontrés dans le cadre de cette étude pour leur accueil et leur disponibilité.

Nous adressons également nos remerciements à l'animatrice du groupe, Mme Nathalie Gourmelon, enseignante-chercheuse à l'Ecole Nationale d'Administration Pénitentiaire, pour avoir proposé ce thème.

Enfin, nous remercions l'EHESP qui nous a permis de réaliser ce travail particulièrement enrichissant en interfiliarité.

Liste des sigles utilisés

AP :	Administration Pénitentiaire
CEF :	Centre éducatif fermé
CEL :	Cahier électronique de liaison
CEPROU :	Cellule de protection d'urgence
CER :	Centre éducatif renforcé
CMP :	Centre médico-psychologique
CPU :	Commission pluridisciplinaire unique
DAP :	Direction de l'Administration Pénitentiaire
DU :	Diplôme universitaire
EN :	Education Nationale
EPM :	Etablissement pénitentiaire pour mineurs
FLE :	Français langue étrangère
HO :	Hospitalisation d'office
INSEE :	Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM :	Institut national de la santé et de la recherche médicale
OMS :	Organisation mondiale de la santé
PJJ :	Protection judiciaire de la jeunesse
QA :	Quartier arrivants
QM :	Quartier mineurs
RPE :	Règles pénitentiaires européennes
SMPR :	Service médico-psychologique régional
SPIP :	Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation
UCSA :	Unité de consultations et de soins ambulatoires
UFAP :	Union Fédérale Autonome Pénitentiaire

« Mon vieux s'est fait coffrer, et c'est encore moi qui ai dû plaider sa cause au tribunal, demander qu'ils le relâchent, vu que c'était mon papa, et que j'avais plus de maman. A huit ans, je faisais des grands discours pleins de maturité, tu vois, Jack. Les avocats dressaient l'oreille ; c'est comme ça que Justin Brierly a entendu parler de moi, parce qu'il commençait à se dire qu'on ferait bien de créer un tribunal pour enfants, qui s'occuperait surtout de la dimension humaine, du problème des enfants qui vivaient à la cloche, dans le secteur de Denver et celui des Rocheuses... ».

J.KEROUAC, *Sur la route. Le rouleau original*

Introduction

Hésiode en 790 av. J-C écrivait : « Je n'ai plus aucun espoir pour l'avenir de notre pays si la jeunesse d'aujourd'hui prend le commandement demain, parce que cette jeunesse est insupportable, sans retenue, simplement terrible.¹ ». Socrate évoquait quant à lui la jeunesse « mal élevée », se moquant de l'autorité. Il les considérait comme « tout simplement mauvais ».

Ainsi, la jeunesse a toujours fait l'objet de représentations particulières au sein de la société. Tantôt décriée pour ses opinions extrêmes et son insolence, tantôt pardonnée pour son innocence et son immaturité, la jeunesse ne laisse pas indifférent. Dès 1945, le Conseil National de la Résistance signait la Charte de la Délinquance sur les mineurs qui met l'accent sur le volet éducatif. Modifiée à trente-trois reprises, cette ordonnance ne reflète pas une conception partagée par tous. Il semblerait que ces réformes prennent un tournant répressif, en témoigne l'actuel projet de réforme qui tend à rapprocher la justice des mineurs de celle des majeurs sur certains aspects. En effet, l'équilibre entre sanction et éducation est difficile à trouver.

« La jeunesse, c'est plus c'que c'était : délinquants, voyous, racailles, etc. » : l'opinion publique ne semble plus supporter la jeunesse et ses déviances. Certes, la délinquance a changé de forme mais elle a toujours existé. Elle se caractérise par des comportements individuels ou collectifs qui s'écartent des normes sociales et transgressent les règles de fonctionnement en société. Les réponses institutionnelles sont variées, multiformes mais leur efficacité reste à évaluer.

L'incarcération des mineurs est, pour les magistrats, l'ultime réponse à la délinquance. Ses objectifs dépendent des acteurs qui interviennent. Si pour les uns, l'éducation et l'insertion apparaissent essentielles, pour d'autres c'est la menace, la punition et la réparation qui restent prioritaires. L'enfermement des mineurs, au départ conçu comme un instrument de marginalisation et d'exclusion de la société, est devenu aujourd'hui un des outils de réinsertion sociale. En effet, certains auteurs comme Antoine Garapon et Denis Salas, magistrats, voient dans la détention un facteur d'humanisation, l'enfermement devant permettre au délinquant de retrouver une place au sein de la société.

¹ Rapport d'enquête du Sénat sur la délinquance des mineurs, n° 340 remis le 26 juin 2002, La République en quête de respect

En tout état de cause, la complémentarité de ces notions semble particulièrement nécessaire au vu de la catégorie de population à laquelle elles sont appliquées. L'adolescence constitue une phase importante de construction de l'individu. D'où la nécessité de prendre en compte la santé mentale dans sa dimension globale, « vaste champ d'expériences dont la globalité ne peut être réduite à la maladie mentale ² ».

Depuis 1994, la santé en milieu carcéral relève du ministère de la santé et non plus de l'administration pénitentiaire. Les structures sanitaires intervenant en « prison » sont chargées d'améliorer la prise en charge de la santé somatique et psychique des détenus.

Dans ce contexte, comment l'incarcération peut-elle constituer un levier de prise en charge de la santé mentale des mineurs détenus ?

Le système judiciaire accorde une place particulière à l'intérêt de l'adolescent (I). En milieu carcéral, la prise en charge de la santé mentale du jeune détenu peut, sous certaines conditions, être un facteur de construction d'une personne fragilisée (II).

² Drs. KANNAS S., ROELANDT J.-L. & alii, "Les conseils locaux de santé mentale", PLURIELS , 2011/1-3 N° 87/88, p.6

Méthodologie :

Un travail collectif inter-filières et une préparation préalable

Le groupe 17, chargé d'étudier « la santé mentale et la prise en charge des mineurs détenus » est constitué de dix personnes issues de quatre filières différentes :

Quatre élèves directeur d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux

Trois élèves directeur d'hôpital

Deux élèves inspecteur de l'action sanitaire et sociale

Un élève directeur des soins

Le groupe est hétérogène en matière d'expérience, d'âge et de formation. C'est ce qui en fait sa richesse puisque les connaissances et expériences de chacun ont pu être exploitées. Seule une personne du groupe avait une réelle expérience en lien avec le thème choisi. Chaque membre du groupe a reçu un dossier documentaire constitué par Madame Gourmelon, enseignante chercheuse à l'École Nationale d'Administration Pénitentiaire (ENAP) et animatrice du groupe. La lecture des documents a permis au groupe de se familiariser avec le thème. Elle a permis également une immersion rapide dans le sujet dès le premier jour de travail en module interprofessionnel.

Un démarrage rapide et une organisation collégiale

La première journée a été consacrée à un échange d'informations en présence de l'animatrice, un « brainstorming » sur ce que le thème inspirait à chacun des membres du groupe. L'animatrice a refait un point sur les objectifs attendus, a donné quelques conseils sur la méthodologie et a centralisé les éléments se dégageant du brainstorming. Très rapidement, un certain consensus est apparu dans le groupe et a permis, au regard du fruit des réflexions de la journée, de déterminer une problématique. Le lendemain, le groupe a pu formaliser des hypothèses en lien avec la problématique, ce qui a permis de construire une grille d'entretien. Le choix de faire des entretiens a été lié à la volonté de recueillir des données qualitatives auprès de professionnels qui participent à la prise en charge de mineurs détenus. L'animatrice a donné au groupe une liste de contacts, ce qui a facilité les prises de rendez-vous.

Dès le deuxième jour, des rendez-vous pour des entretiens ont été programmés. Par ailleurs, les membres du groupe se sont répartis les tâches sur la base du volontariat : lecture et synthèse de documents, recherches Internet, définition de concepts (santé mentale, adolescents, mineurs), recherche et synthèse d'éléments concernant la législation. La phase de recherche documentaire s'est effectuée sur le mode coopératif. La répartition du travail entre

les membres du groupe s'est réalisée selon les thèmes choisis par chacun. Les informations récoltées ont été restituées au groupe sous forme de présentation orale et de fiches de lecture. De plus, différents comités ont été créés : comité de synthèse finale des entretiens, comité de rédaction, comité de relecture, comité de résumé.

Dans un souci d'efficacité, le groupe a choisi d'alterner des phases de réflexion collective et des temps de travail en groupes restreints.

Réalisation des entretiens et rédaction du rapport

En France, le nombre de mineurs détenus était de 692 en novembre 2010, soit 1,1% de la population carcérale. L'emprisonnement peut se faire dans des quartiers mineurs de maisons d'arrêt ou dans des Etablissements Pénitentiaires pour Mineurs (33% en EPM), sites que nous avons choisi pour mener des enquêtes.

Les entretiens ont constitué la principale source d'information de l'étude. Ils ont eu lieu à l'Etablissement Pénitentiaire pour Mineurs (EPM) de Porcheville, à l'EPM d'Orvault, à l'hôpital psychiatrique de Brest et à l'EPM de Lavaur, au Tribunal de Grande Instance (TGI) de Toulouse et dans un Centre Médico-Psychologique (CMP) de Nanterre. Les personnes interrogées avaient des fonctions différentes : cadre de santé, médecins psychiatres, psychologues, infirmiers, éducateurs, psychomotriciens, surveillants, magistrat, directeur des services pénitentiaires, chef de détention, etc.

Il a été décidé que chaque membre du groupe participe à des entretiens (par deux ou trois personnes). Le groupe a veillé à respecter le caractère interprofessionnel lors de la constitution des binômes ou trinômes. Les entretiens ont fait l'objet d'une restitution orale devant le groupe. Chaque binôme ou trinôme s'est ensuite chargé de la synthèse des réponses, après l'élaboration commune d'une grille d'analyse. Dans un second temps, une synthèse générale a été formalisée en groupe, en utilisant également la grille d'analyse élaborée en groupe.

Le plan définitif du rapport n'a été arrêté qu'après la phase de restitution des entretiens. Les membres du groupe se sont chargés de la rédaction d'une partie du rapport dont ils étaient responsables (concepts, méthodologie, résultats et analyse des entretiens, bibliographie, introduction, conclusion et résumé). Puis, le comité de lecture constitué au début du Module Inter Professionnel a harmonisé la production. Une relecture commune a été effectuée avant la finalisation du travail.

I La justice des mineurs accorde une place particulière à la notion de santé mentale

La santé mentale des mineurs détenus fait l'objet d'une attention particulière dans le système français de la justice des mineurs. En effet, si elle conditionne largement leur responsabilité pénale à leur discernement, elle est également au fondement de règles et institutions spécifiques adaptées aux particularités des mineurs détenus.

A. La spécificité de la santé mentale des mineurs nécessite une adaptation de la responsabilité pénale

Les notions de santé mentale et d'adolescence se font écho dans la mesure où cette dernière constitue une phase au cours de laquelle l'individu présente une certaine fragilité sur le plan psychologique. Cette vulnérabilité est prise en compte par la législation applicable aux mineurs, notamment au travers des mesures pénales pouvant être prononcées à leur encontre.

1. Le concept de santé mentale appliqué aux adolescents

Selon la définition donnée par l'OMS, la (bonne) santé mentale est « un état de bien-être permettant à chacun de reconnaître ses propres capacités, de surmonter les tensions normales de la vie, d'accomplir un travail productif et fructueux et de contribuer à la vie de sa communauté ». Elle recouvre ainsi une triple dimension reconnue par les autorités politiques sanitaires françaises. Définie de façon positive, la santé mentale est synonyme d'épanouissement personnel. A l'inverse, la santé mentale d'un individu est atteinte lorsque celui-ci présente des symptômes de détresse psychologique réactionnelle induits par des situations éprouvantes. Enfin, les troubles psychiatriques, de durée variable et plus ou moins sévères et/ou handicapants, sont également de nature à affecter la santé mentale d'un individu. Une personne en bonne santé mentale est donc quelqu'un qui se sent suffisamment en confiance pour s'adapter à une situation à laquelle elle ne peut rien changer ou pour travailler à la modifier si c'est possible. Cette personne vit son quotidien libre des peurs ou des blessures anciennes qui pourraient affecter son présent et perturber sa vision du monde. De plus, une personne en bonne santé mentale est capable d'éprouver du plaisir dans ses relations avec les autres. Posséder une bonne santé mentale revient donc à établir un équilibre entre tous les aspects de sa vie: physique, psychologique, spirituel, social et économique. Il ne s'agit pas de quelque chose de statique, mais plutôt d'une notion fluctuant sur un continuum, tout comme la santé physique.

Ainsi la bonne santé mentale suppose une absence de souffrance psychologique ou psychique, définie par le Ministère de la Santé comme un « mal être cependant non révélateur de maladie

mentale ou de handicap ». En effet, ces deux notions font appel à des définitions et caractéristiques beaucoup plus précises. Elles se distinguent par une absence/présence de déficience intellectuelle. Ainsi si un individu atteint d'une maladie mentale ne présente pas de déficience intellectuelle particulière, il n'en va pas de même pour les personnes souffrant de handicaps mentaux. Il apparaît d'autant plus important d'envisager largement cette notion, conformément à la définition de l'OMS, que les EPM ne sont pas en capacité, selon les professionnels, de recevoir de personnes souffrant de maladies ou de handicaps mentaux. En effet, lorsqu'un véritable trouble mental est diagnostiqué, les détenus concernés sont, en principe, réorientés vers des structures médicales. Ainsi, une hospitalisation d'office (HO) a été récemment décidée pour un mineur à l'EPM d'Orvault. Cependant, la plupart du temps, ces hospitalisations d'office sont mises en œuvre pour répondre à des risques de suicide imminent.

Se définissant donc par une absence de souffrance psychique, la santé mentale recouvre néanmoins des acceptions plus particulières lorsqu'elle concerne les mineurs et les adolescents. Malgré l'absence de données épidémiologiques fiables, les professionnels de la santé mentale s'accordent sur l'absence de pathologie psychiatrique dans cette tranche d'âge. Les préoccupations recouvrent surtout les thématiques de la violence : addictions, agressions sexuelles, suicides.

Le concept d'adolescence comme transition entre l'enfance et l'âge adulte est un phénomène contemporain³. L'adolescence ne devient une réalité sociale que dans la seconde moitié du XIXe siècle, et ce pour plusieurs raisons : développement de la scolarisation (1881-1882 : lois Ferry), progrès de la médecine et fin progressive du travail des enfants à partir de 1840⁴. L'OMS en donne une définition précise: « Est adolescent tout individu âgé de 10 à 19 ans⁵ » Il apparaît cependant difficile de dater véritablement le début et la fin de l'adolescence, certains chercheurs ayant tendance à englober la tranche d'âge de 19 à 26 ans. Ils constatent, en effet, que « *suite aux modifications de notre environnement social, l'adolescence tend à se prolonger bien au-delà de la puberté et de la majorité* »⁶. Les « jeunes » (de 0 à 19 ans) représentent environ 25% de la population française.

³ Le mot « *adolescence* » n'apparaît en effet dans les dictionnaires français qu'à la fin du XVIIe siècle et il renvoie au terme latin *adulescere*, qui désigne celui qui est en train de grandir, tandis que *adultus* désigne celui qui a achevé sa croissance.

⁴ Rapport d'information n°242 du Sénat – session 2002-2003 – « Adolescence en crise »

⁵ « La santé mentale : renforcer notre action », Aide-Mémoire de l'OMS n°220, Septembre 2010

⁶ Pr Ph. Jeammet – Compte rendu des auditions publiques du 5 mars 2003 – Rapport du Sénat (op.cit)

Il existe cependant des traits communs aux différentes définitions de l'adolescence qui sont le constat d'une fragilité psychologique accrue, d'un mal être diffus ainsi que l'émergence subite de comportements à risques : usage de psychotropes, prise de stupéfiants, actes de violence et d'agression ou recherche de l'autodestruction. Différents plans de santé publique⁷ ciblent cette population, notamment en matière de santé mentale.

Au XIX^e siècle, médecins et pédagogues, fortement imprégnés des idées rousseauistes, voient d'abord dans l'adolescence une période particulièrement critique, liée à la puberté. Le XIX^e siècle invente l'expression de « crise de l'adolescence » pour définir un phénomène pluriel et complexe de fragilisation se traduisant par l'exclusion, la marginalisation, la détresse sociale.

La question de la santé mentale des adolescents est réellement posée dans les années 2000. C'est ainsi qu'un rapport publié par l'INSERM en 2003⁸ établit un lien entre la santé mentale et la puberté ; les troubles mentaux affecteraient un adolescent sur cinq soit 15 à 20% des jeunes. Un dispositif de prévention va se déployer, à travers par exemple les Maisons de l'adolescent, structures pluridisciplinaires de prise en charge de la santé mentale des jeunes de 13 à 20 ans en souffrance.

Cette phase particulière de la vie que constitue l'adolescence, et notamment la fragilité psychologique à laquelle elle renvoie, a conditionné les principes fondateurs de la justice des mineurs, laquelle pose le principe selon lequel les mineurs ne sont considérés pénalement responsables que s'ils sont jugés capables de discernement.

2. Les spécificités de la responsabilité pénale des mineurs

S'interroger sur la santé mentale des mineurs détenus fait nécessairement appel aux liens institutionnels existant entre psychiatrie et justice. Traditionnellement, l'expertise psychiatrique a pour tâche principale de distinguer les délinquants pleinement responsables des malades partiellement ou totalement irresponsables. Cette logique oppose donc soin et sanction, psychiatrisation et judiciarisation⁹.

⁷ Plan national de psychiatrie et de santé mentale 2005/2008 qui prévoit la mise en place des maisons des adolescents, un programme de prévention des suicides et la prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles ; plan Santé et Jeunes depuis 2008/2011 relatif aux addictions et conduites à risque.

⁸ INSERM – Février 2003, « Troubles mentaux, dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent ».

⁹ M.Botbol, L.H.Choquet, J.Grousset. « Eduquer et soigner les adolescents difficiles : la place de l'aide judiciaire contrainte dans le traitement des troubles des conduites ». *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2009.

La justice des mineurs est également marquée par cette tradition puisque la responsabilité pénale du mineur est liée à la question du discernement. Les articles 66 et 67 du Code pénal de 1810, appliqués aux enfants de 7 à 16 ans et repris à l'article L-122-8 du Nouveau Code Pénal¹⁰, distinguent ainsi ceux qui ont agi sans discernement (« les non- discernants ») de ceux ayant agi avec discernement (« les discernants »). Si les premiers sont placés dans une maison de correction, les seconds sont, quant à eux, placés en prison. Seule l'appréciation du discernement du mineur détermine sa majorité pénale.

Un tel principe conduit donc à articuler de manière différente psychiatrie et justice. La question centrale du discernement veut, en effet, que l'on s'intéresse avant tout au fonctionnement psychique du mineur délinquant. Cette justice s'est, en effet, fondée sur l'idée qu'il ne peut y avoir d'acte délictueux qui ne soit pas en même temps la manifestation d'une difficulté éducative et psychique. C'est pour cette raison que les réponses judiciaires apportées aux actes délictueux doivent faire primer l'éducatif sur le répressif ; en témoignent les ordonnances du 22 juillet 1912 portant création des tribunaux pour enfants et adolescents et du 2 février 1945 sur l'enfance délinquante, créant de nouvelles structures adaptées telles que les maisons d'éducation surveillées, sorte d'internats destinés à éloigner le jeune de son milieu. A la même époque, la direction de l'éducation surveillée est mise en place. Indépendante de l'administration pénitentiaire, elle marque un tournant éducatif, la prison devenant exceptionnelle et d'une durée réduite. L'ordonnance de 1945 dispose clairement que le juge des enfants devra obligatoirement procéder à une enquête approfondie sur le mineur, notamment sur sa situation matérielle, morale et familiale.

Ainsi ce système accorde une primauté à la personnalité du mineur et donc à son fonctionnement psychique et à sa santé mentale. Les principes posés successivement par le Code Pénal constituent un arsenal juridique fondamentalement différent de celui applicable aux majeurs.

B. La spécificité de la santé mentale des mineurs rend nécessaire l'application de peines adaptées

Le droit pénal prend en compte la notion de mineur en définissant des classes d'âges auxquelles s'appliquent des peines spécifiques.

¹⁰ L-122-8 du NCP : « Les mineurs capables de discernement sont responsables des crimes, délits et contraventions pour lesquels ils ont été reconnus coupables ».

1. La notion de « mineur » en droit pénal

Il convient avant tout d'apporter des précisions sémantiques concernant la catégorie des mineurs. En droit civil, le terme est posé par l'article 388 du Code Civil qui le définit comme « l'individu de l'un ou l'autre sexe qui n'a point encore l'âge de dix-huit ans accomplis ». Cette qualification confère au mineur de 0 à 18 ans des droits et obligations attachés à sa personne. Sur le plan pénal, la catégorie des mineurs ne recouvre cependant pas une telle homogénéité.

Dans un contexte marqué par un rajeunissement croissant de la délinquance, source de vives inquiétudes pour les pouvoirs publics¹¹, la loi du 9 septembre 2002 redéfinit les tranches d'âge et les peines applicables aux mineurs. Elle détermine ainsi les « *sanctions éducatives qui peuvent être prononcées à l'encontre des mineurs de dix à dix-huit ans ainsi que les peines auxquelles peuvent être condamnés les mineurs de treize à dix-huit ans, en tenant compte de l'atténuation de responsabilité dont ils bénéficient en raison de leur âge* »¹². Le Conseil Constitutionnel a découvert à cette occasion, dans sa *décision du 29 août 2002*, un principe fondamental reconnu par les lois de la République en matière de justice des mineurs rappelant l'atténuation de responsabilité des mineurs. Si des peines dites « classiques »¹³ peuvent être prononcées à l'encontre des mineurs, ces derniers bénéficient d'une atténuation de responsabilité faisant primer les mesures de protection, d'assistance, de surveillance et d'éducation ainsi que les sanctions éducatives.

La loi du 9 septembre 2002 différencie donc les sanctions applicables aux mineurs de 10 à 13 ans de celles applicables à ceux de 13 à 18 ans. Si les premiers ne peuvent être concernés que par des mesures de protection et de surveillance ou des sanctions éducatives, les seconds peuvent également se voir appliquer des peines dites « classiques » à condition que les circonstances et la personnalité du délinquant le justifient. Cette loi diversifie donc le panel des sanctions applicables aux mineurs.

¹¹ Rapport d'enquête du Sénat sur la délinquance des mineurs, n°340 remis le 26 juin 2002, « La République en quête de respect ».

¹² J. Castaignede, « La loi n°2002-1138 du 9 septembre 2002 : un nouveau regard porté sur le droit pénal des mineurs ». D 2003, Chr. p. 779.

¹³ Il faut entendre par peines dites « classiques » les amendes et les peines d'emprisonnement.

2. Les sanctions pénales applicables aux mineurs

Lorsque le mineur délinquant est jugé capable de discernement par le juge des enfants, il peut se voir appliquer différents types de peines, modifiées par la loi du 9 septembre 2002. Il s'agit des mesures de protection, des sanctions éducatives et des peines dites « classiques ». Une simple mesure de protection, de surveillance, d'assistance ou d'éducation peut être prononcée à l'encontre des mineurs de 10 à 13 ans, suite à des investigations sur la personnalité du mineur et sur les moyens appropriés à sa rééducation (examen médical, psychologique, etc.). Parmi ces mesures figurent notamment l'admonestation, la mise sous protection judiciaire, la remise au service de l'assistance à l'enfance, la liberté surveillée ou encore la remise aux parents, au tuteur ou à une personne digne de confiance.

Un second niveau de sanctions pénales susceptibles d'être prononcées à l'encontre des mineurs de 10 à 18 ans est constitué des sanctions éducatives. Il s'agit, par exemple, du placement dans une institution ou un établissement éducatif ou médical spécialisé, mesure située à mi-chemin entre le répressif et l'éducatif. Ces dix dernières années, de nombreuses initiatives législatives ont été le témoin d'un mouvement tendant à faire converger la place de la contrainte et de la sanction dans le traitement judiciaire des infractions commises par des mineurs. Ainsi la prise en charge des mineurs dans des centres spécialisés s'organise principalement autour de deux types de structures : les Centres Educatifs Renforcés (CER) et les Centres Educatifs Fermés (CEF).

Un CER est une structure de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) qui prend en charge les mineurs les plus en difficulté, pendant deux à trois mois, sur décision du juge des enfants, du juge d'instruction chargé des affaires de mineurs ou du tribunal pour enfants. Les mineurs sont suivis de manière permanente par des éducateurs. Il s'agit de leur permettre de reprendre contact avec la vie sociale par diverses activités (activités sportives, chantier humanitaire...) et d'élaborer un projet de resocialisation.

Créés par la loi d'orientation et de programmation pour la justice du 9 septembre 2002, les CEF permettent, quant à eux, des placements d'une durée plus longue (six mois renouvelables) dans une structure fermée imposant en plus d'une relative privation de liberté, un programme soutenu d'activités que le mineur est tenu de respecter sous peine de se voir incarcéré. Ils constituent ainsi une alternative à la prison. Les enseignements scolaires, les activités sportives et activités de formation professionnelle et d'insertion proposés sont encadrés par une équipe pluridisciplinaire à dominante éducative. La position des psychiatres sur la pertinence de ces structures semble mitigée. Certains soulignent l'inutilité de vouloir soigner dans un centre fermé car l'individu y est sous contrainte punitive, ce qui risque de rendre illisible le message qui lui est adressé. D'autres sont réticents à l'idée de

rentrer dans les CEF ; ils justifient alors leur position par le fait que leur art s'exerce uniquement sur le traitement du trouble et non sur la recherche des différentes causes de celui-ci. Une des limites de ces structures réside dans le fait que les éducateurs puissent être désarmés face aux délinquants les plus difficiles sans que ces derniers nécessitent pour autant des soins psychiatriques. La réforme engagée par la mise en place des CEF semble néanmoins constituer une réponse juridique à un problème social et médiatique. Dans un contexte de surpopulation pénale, le doute sur l'efficacité de la prise en charge de la santé mentale pendant l'incarcération, voire d'effet contre-productif de la logique de l'enfermement en cellule¹⁴ rend nécessaire la création d'une structure intermédiaire constituant un compromis entre les solutions classiques de placement et l'incarcération, tout en gardant une vocation éducative.

Enfin, les mineurs de 13 à 18 ans peuvent se voir prononcer des peines dites « classiques » allant de l'amende à l'incarcération. Ils bénéficient, dans ce cas, d'une réduction légale de la peine encourue, les peines privatives de liberté ne pouvant être supérieures à la moitié de la peine normalement encourue par un majeur. Toutefois les mineurs de 16 à 18 ans ne bénéficient pas systématiquement de cette excuse de minorité. La loi n°2007-1198 du 10 août 2007 renforçant la lutte contre la récidive des mineurs et des majeurs étend en effet les possibilités de refuser l'excuse de minorité et instaure des peines dites « planchers ». Les incarcérations sont effectuées dans des quartiers pour mineurs (QM) ou, depuis la loi du 9 septembre 2002, dans des établissements pénitentiaires pour mineurs (EPM). Ces derniers sont gérés conjointement par un Directeur des services pénitentiaires et un Directeur de la PJJ. Ils constituent des lieux de détention destinés aux mineurs de 13 à 18 ans auxquels est proposé un programme conséquent d'activités. L'ouverture de ces établissements s'est accompagnée de la fermeture de certains Quartiers pour Mineurs (QM) installés dans des maisons d'arrêt. Apparus dans les années 1960, période de recrudescence de la délinquance juvénile (période des « blousons noirs » notamment), les QM constituaient jusque là la seule structure d'incarcération possible pour les mineurs. Si la privation de liberté constitue l'essentiel du projet des QM, au contraire, des moyens éducatifs très importants se développent au sein des EPM. Leur mise en place à partir de 2007 a été néanmoins très controversée, notamment suite au suicide d'un mineur à l'EPM de Meyzieu en 2008. Leurs détracteurs y voient une violation de l'ordonnance de 1945 posant le principe selon lequel l'incarcération doit rester une mesure exceptionnelle à l'encontre des mineurs délinquants. Par

¹⁴ Rapport de la Commission d'enquête du Sénat en 2000 et Rapport de l'IGAS en 2001.

ailleurs, les EPM ont pour inconvénient d'éloigner les détenus de leur famille dans la mesure où il n'en existe que six en France.

Depuis la loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, les soins prodigués aux détenus, en EPM comme en QM, se font au sein d'Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA), unités rattachées au service public hospitalier et non à l'Administration Pénitentiaire (AP). Elles rassemblent des professionnels de santé. Avant 1994, les « infirmeries » étaient effectivement assurées par des personnels médicaux employés par l'AP. Les soins psychiatriques dépendent d'un Service Médico-Psychologique Régional (SMPR), pour les établissements pénitentiaires qui en sont dotés, ou à un secteur de psychiatrie générale. Il existe vingt-six SMPR en France. Il est important de noter que la France fut ainsi l'un des premiers pays européens à instaurer l'indépendance de la prise en charge sanitaire des personnes détenues, leur garantissant ainsi une meilleure qualité de soins.

Les réformes législatives récentes viennent modifier l'économie du modèle de la justice des mineurs. L'avis des acteurs de ce système s'avère très partagé. Certains considèrent que ces changements marquent une profonde rupture faisant évoluer cette justice d'un modèle protectionnel à un modèle répressif. Il pourrait ainsi s'agir d'un renoncement à la primauté de l'éducatif sur le répressif. Pour d'autres, en revanche, le principe d'irresponsabilité des mineurs et l'absence de répression porte atteinte à la fonction sociale et rétributive de la sanction pénale. Ce débat renvoie alors à la place de la santé mentale dans la justice des mineurs. Réaffirmer le principe de responsabilité des mineurs reviendrait à opposer psychiatrie et justice, l'expertise psychiatrique n'intervenant que pour diagnostiquer une absence de discernement, cause d'irresponsabilité pénale. A l'inverse, réaffirmer le principe posé par l'Ordonnance de 1945 faisant primer l'éducatif sur le répressif nécessite de trouver un équilibre entre soin et sanction, seule l'alliance des deux pouvant être jugée bénéfique pour de jeunes individus particulièrement fragiles sur le plan psychique.

Bien que ces débats théoriques ne soient pas tranchés, sur le terrain, dans les EPM et les QM, la notion de santé mentale se développe et sa prise en charge tend à devenir effective, en témoigne la présence conjointe de l'Administration Pénitentiaire, de la PJJ, de l'Education Nationale et du service public hospitalier dans ces institutions. Cette pluridisciplinarité institutionnelle au sein du milieu carcéral peut alors constituer un levier pour prendre en charge la santé mentale des mineurs détenus.

II. La prise en compte de la santé mentale est porteuse de potentialités pour la construction du mineur détenu sous certaines conditions

Si l’incarcération peut constituer un levier efficace dans la prise en charge somatique, il peut en être de même dans le champ de la santé mentale. Cependant, l’efficacité de cette prise en charge reste conditionnée par certains éléments.

A. L’incarcération constitue une première étape dans la prise en charge sur le plan de la santé mentale

Dans l’ensemble des entretiens que nous avons pu réaliser, nos interlocuteurs ont retenu une acception large de la santé mentale. En effet, loin de circonscrire la santé mentale aux notions de maladie ou de handicap mental, il a été fait référence à la gestion des frustrations, à la prise en considération des souffrances, à l’épanouissement, au bien-être. Certains ont même déclaré qu’ils ne « distinguent pas le somatique du mental ». La diversité des acteurs de ces établissements permet ainsi d’envisager la personne du détenu sous différentes facettes : patients pour l’UCSA et le SMPR, élèves pour l’Education Nationale (EN), mineurs sous mandat judiciaire pour la PJJ, détenus ou personne placée sous main de justice (PPSMJ) pour l’AP.

1. Repérage des besoins en matière de santé mentale à l’arrivée du mineur

Le cycle arrivant du détenu illustre bien cette approche pluridisciplinaire de la détention, afin d’envisager une réinsertion pérenne des mineurs.

Les détenus ne rejoignent pas directement les unités de détention classiques mais ils occupent « l’unité arrivant » pendant une brève période d’observation pouvant durer de trois jours à une semaine. A l’issue de cette période, la commission arrivant décide de l’affectation des détenus dans des unités de détention. C’est une instance pluridisciplinaire destinée à mettre en place une prise en charge individualisée et adaptée aux besoins de chaque mineur. Elle est composée de la PJJ, l’UCSA, le SMPR, l’AP et l’EN.

Durant cette période, plusieurs visites médicales sont proposées.

Sur le plan somatique, les professionnels de l’UCSA pratiquent un examen de santé classique : détection des troubles de la vue, mesures du poids et de la taille, examen dentaire, divers dépistages. Par ailleurs, l’UCSA envoie systématiquement aux parents du mineur une plaquette d’information sur son fonctionnement et son action, accompagnée d’une autorisation de soins que les parents doivent retourner signée. Si relativement peu de cas de dépendance à des produits stupéfiants sont repérés, environ 80% des détenus sont cependant fumeurs : un suivi de sevrage leur est alors systématiquement proposé puisque, conformément

à la législation, ils ne sont pas autorisés à fumer au sein de l'EPM. Celui-ci, lorsqu'il est accepté, s'avère souvent être une porte d'entrée vers d'autres soins, notamment vers le SMPR. Sur le plan psychologique, les détenus ont la possibilité de s'entretenir dès leur affectation en quartier arrivant (QA) avec un infirmier du SMPR et un psychiatre ou un psychologue. Dans certains établissements, comme à l'EPM d'Orvault, un second entretien est automatiquement proposé quelques semaines plus tard.

Au cours de cette période, les détenus s'entretiennent également avec les équipes PJJ et EN en vue de formaliser un programme scolaire prévisionnel pour le temps de leur détention.

Dans un souci de protection, la commission arrivant ne décide pas toujours d'affecter certains détenus dans les unités de détention classiques ; ceux-ci effectuent l'ensemble de leur peine au quartier arrivant.

Dès l'arrivée du détenu, les professionnels cherchent à établir un lien avec la famille. Ainsi, l'incarcération est souvent l'occasion de reprendre contact ou de renouer le dialogue avec la cellule familiale. En effet, les détenus connaissent, pour la plupart, des situations familiales conflictuelles et se retrouvent relativement isolés. La PJJ prévient la famille et l'informe sur les différents éléments de l'incarcération. Ensuite, des entretiens éducatifs avec le mineur ont vocation à retracer avec lui son parcours familial. Pendant la détention, les mineurs peuvent rencontrer leur famille au parloir plusieurs fois par semaine. De plus, les détenus-parents peuvent disposer d'une salle particulière pour s'isoler avec leur enfant. A Orvault, la psychologue du SMPR cherche à s'entretenir avec les parents des détenus qu'elle reçoit en consultation. Pour ce faire, elle informe le mineur qu'elle aura un contact téléphonique avec sa famille

Le temps d'observation dans les unités arrivant contribue donc à repérer les besoins du mineur en terme de santé mentale. Cette première approche sera complétée par un projet individualisé.

2. Mise en œuvre d'un projet personnalisé au cours de la détention

Affectés en « unités de vie », les détenus bénéficient d'un suivi individualisé animé par un binôme surveillant pénitentiaire / éducateur de la PJJ. Cette complémentarité constitue un apport majeur des EPM par rapport à ce qui existait dans les QM. Elle tend à améliorer la prise en charge des détenus. Un chef de service de la PJJ de l'EPM d'Orvault cite en exemple un mineur surnommé « la taupe » en QM : il ne sortait jamais de sa cellule et était dans un tel schéma de repli sur lui-même qu'il n'occupait plus qu'une partie de celle-ci. Son arrivée à l'EPM d'Orvault lui aura permis de se resocialiser.

Cette complémentarité se traduit dans les méthodes de travail. A l'EPM d'Orvault, la PJJ et l'AP se réunissent quotidiennement dans le cadre d'un « rapport de détention » portant sur les événements quotidiens consignés par ailleurs dans le cahier électronique de liaison (CEL). Chaque semaine, des réunions d'unité ont lieu durant lesquelles l'AP et la PJJ évoquent individuellement les cas des détenus et évaluent la qualité de la prise en charge. Les cas spécifiques et les questions d'orientation sont traités tous les deux ou trois mois, selon les besoins, lors de réunions de synthèse qui regroupent la PJJ, l'EN, l'UCSA, et le SMPR. De plus, une commission pluridisciplinaire unique (CPU) se réunit également toutes les semaines afin d'évoquer les situations particulières : prévention du suicide, situations « d'indigence », suivi scolaire.

Sur le plan sanitaire, l'articulation entre les services est variable d'un établissement à l'autre. Bien qu'ils ne dépendent pas de la même entité hiérarchique, les services de l'UCSA et du SMPR essaient de travailler en collaboration afin de coordonner leurs actions. La circulaire de 2008¹⁵ prévoit « l'élaboration d'un projet de soins commun adapté à la population. »

Outre le taux d'encadrement et le suivi individualisé des détenus, la particularité des EPM réside dans la pluralité d'activités thérapeutiques dispensées aux détenus ; le SMPR de l'EPM d'Orvault proposant également des activités thérapeutiques ; cette réalité n'est cependant pas celle de tous les établissements. Si le projet initial des EPM est fondé sur une base indicative hebdomadaire de 20h de cours, 20h de sport et 20h d'activités ; en pratique, les emplois du temps sont largement individualisés. Les membres de l'UCSA/SMPR regrettent que le volet EN prime sur les soins. Le SMPR de l'EPM d'Orvault propose de nombreuses activités et ateliers thérapeutiques : cuisine, zoothérapie, art-thérapie, atelier « *la santé se dessine* », « *parle avec ton corps* » animé par une psychomotricienne. Ces activités se déroulent par petits groupes et ont notamment pour objectif d'établir des liens de confiance entre les détenus et les soignants. Ils favorisent les consultations individuelles avec les psychiatres ou psychologues. A Orvault, les taux de participation sont extrêmement élevés puisqu'ils atteignent 95% pour les activités de groupe et 90% pour les entretiens individuels. La même adhésion ne se retrouve néanmoins pas au QM de Brest où seuls 20% des détenus s'engagent dans un suivi thérapeutique régulier au cours de leur incarcération. La forte participation permet de nuancer la réticence observée chez les nouveaux arrivants vis-à-vis de la psychiatrie. De son côté, l'UCSA met en place des actions d'éducation à la santé.

¹⁵ Circulaire interministérielle du 13 mai 2008 relative à la prise en charge sanitaire des mineurs incarcérés.

Sur le plan scolaire, un proviseur et des professeurs sont directement affectés à l'EPM. Les détenus sont pris en charge individuellement ou par petits groupes de niveaux. Le niveau scolaire très disparate nécessite de proposer un enseignement allant de l'apprentissage de la langue jusqu'aux enseignements de second degré. A Porcheville notamment, des mineurs étrangers, pour la plupart provenant d'Europe de l'Est, peuvent bénéficier d'un cours « français langue étrangère » (FLE). Par ailleurs, l'apprentissage de bases informatiques, mais sans accès à Internet¹⁶, contribue à leur insertion professionnelle future.

Si les résultats scolaires sont assez disparates et dépendent avant tout de la motivation des élèves, ils peuvent parfois s'avérer surprenants. Un pédopsychiatre, conseiller auprès de la Direction centrale de la Protection Judiciaire de la Jeunesse de Paris, cite l'exemple d'un détenu en rupture scolaire pour qui l'incarcération s'était révélée être sa première véritable occasion d'investir l'institution scolaire, à tel point qu'il refusait parfois de sortir de classe.

Les détenus ont accès à de nombreuses activités socio-éducatives proposées par la PJJ : petite mécanique, arts plastiques, musique. Ces activités ne se limitent pas au strict cadre occupationnel. Ainsi les séances de codes de la route doivent servir de support à une réflexion sur le sens des règles et des normes sociales, les ateliers cuisine devant, quant à eux, participer d'une sensibilisation autour de l'hygiène. Un premier surveillant pénitentiaire nous déclarera qu'il avait été étonné de constater qu'il n'est pas rare de voir des détenus consulter le code pénal emprunté à la bibliothèque.

Les activités sportives sont encadrées par des intervenants extérieurs ou des surveillants pénitentiaires faisant fonction de moniteurs de sport. Conformément aux conventions cadre du 16 janvier 2004¹⁷, les activités physiques contribuent à la préservation de la santé et offrent « un espace d'épanouissement physique et mental ». Cette convention vise à favoriser et à développer la pratique du sport en « prison ». Le surveillant pénitentiaire en charge des activités sportives de l'EPM d'Orvault considère que même les sports de combat peuvent représenter un bon levier en matière de maîtrise de soi. Il fait remarquer que contrairement à ce qu'on pourrait attendre et malgré les dénégations des intéressés, les détenus semblent tout à fait heureux que les contacts réels soient limités durant les séances de boxe française ou d'arts martiaux.

Au-delà de ces activités, les repas collectifs structurent la vie quotidienne des EPM. En effet, au sein de chaque unité de détention, jusqu'à trois détenus peuvent manger dans la cuisine de

¹⁶ Pour des raisons de sécurité

¹⁷ Entre plusieurs fédérations sportives et l'AP. Page 145 Bodin

l'unité, avec un surveillant, les autres détenus prenant leur repas dans leurs cellules. La « mise en retrait du collectif » s'avère être un moyen de sanction efficace selon les surveillants, d'autant que les temps collectifs jouent un rôle important. Ils ont vocation à replacer les mineurs dans un cadre de vie en collectivité. Cependant, face aux difficultés qu'elle peut représenter, la pratique des repas en commun a été abandonnée dans certains EPM, comme celui de Porcheville.

L'équipe pluridisciplinaire cherche à faire du mineur l'acteur de son parcours de soin et à l'accompagner dans un nouveau projet de vie. En effet, conformément à la circulaire interministérielle du 13 mai 2008 relative à la prise en charge sanitaire des mineurs incarcérés : « l'objectif de la politique de santé et de rendre le mineur acteur de sa santé en lui proposant des ressources qui répondent à ses besoins dans une logique partenariale. »

Les EPM représentent une avancée par rapport aux structures préexistantes, dans lesquelles les détenus ne peuvent bénéficier d'une prise en charge aussi soutenue. A l'EPM de Lavaur, les professionnels parlent d'un « cadre contenant » et d'une régularité, où le mineur est « materné » et constamment occupé, ce qui peut s'avérer rassurant.

Cependant, si plusieurs professionnels nous ont déclaré qu'ils pensaient que l'incarcération en EPM pouvait véritablement être bénéfique pour les mineurs concernés, d'autres considèrent au contraire que le projet de prise en charge « assomme » les mineurs, qu'il est trop standardisé, qu'il nie les spécificités de la personnalité du mineur.

Toutes ces initiatives tendent à offrir aux détenus les outils d'une reconstruction personnelle et de développer un suivi personnalisé de la santé mentale des mineurs détenus. En revanche, des limites importantes nous ont été décrites par les professionnels.

B. Des limites dans l'efficacité de la prise en charge de la santé mentale du mineur détenu.

Malgré une politique volontariste d'amélioration des structures, de la qualité de la prise en charge médicale et éducative et de la recherche du respect des droits de l'homme, il perdure des dysfonctionnements et des carences qui pénalisent encore fortement la prise en compte de la santé mentale dans sa dimension exhaustive.

1. Des personnels insuffisamment expérimentés et formés

Le principe fondateur des EPM « vise à concilier sanction pénale et éducation dans un but d'insertion et de prévention de la récidive ». [...] « C'est également un lieu de vie qui s'organise autour de l'école, des activités sportives et socioculturelles ». La dimension éducative est portée par tout le personnel et plus particulièrement par le binôme éducateur -

surveillant. Pour Joseph GALLEN¹⁸ chef de service éducatif « *un éducateur à la protection judiciaire de la jeunesse ne travaille pas à distance avec les jeunes mais travaille à leur contact. Le jeune a besoin de sentir la véracité, l'authenticité et la confiance chez l'éducateur qui a un rôle d'accompagnateur dans le processus de maturation de sa personnalité. Il transmet des valeurs humaines qu'il fait partager aux jeunes* ». L'organisation des EPM nécessite donc de la part des personnels des connaissances professionnelles, des qualités relationnelles et une aptitude à gérer les conflits pour limiter la survenue de situations de crises.

Pourtant, dans la réalité, les professionnels soulignent que la formation initiale qui leur a été dispensée n'est pas toujours adaptée au regard de la spécificité des mineurs détenus qui présentent des carences multiples notamment affectives et éducatives mais également d'importantes souffrances psychiques et des violences latentes.

A contrario, les professionnels para médicaux rencontrés aux cours de notre travail de recherche nous ont précisé qu'ils bénéficient dans le cadre de la formation continue d'apports spécifiques. A titre d'exemple, à l'UCSA de Porcheville, les infirmières ont préparé un Diplôme Universitaire (DU) relatif à la prise en charge des adolescents difficiles. S'agissant du cadre de santé et du médecin, ils possèdent un DU de santé en milieu carcéral.

Les éducateurs de la PJJ disposent pour leur part de 10 jours de formation. Rares sont ceux qui peuvent en bénéficier compte tenu des dysfonctionnements dus aux sous-effectifs de certains établissements.

Par ailleurs, les plans de formation sont rarement formalisés et demeurent des ébauches de projets.

Par conséquent, plusieurs établissements souffrent de façon chronique d'une instabilité des équipes pénitentiaires et éducatives. Si tous les professionnels sont volontaires pour travailler en EPM, la motivation principale n'est pas forcément liée à l'accompagnement des adolescents. Le manque de motivation et d'expérience, les carences en formation, et surtout la spécificité de la « gestion » des adolescents peuvent renforcer l'usure professionnelle provoquée par le milieu carcéral. Ceci a des conséquences sur la prise en considération des jeunes détenus ainsi que sur la qualité des prises en charge.

¹⁸ Forum prison, le journal de l'éducation pour la santé en Picardie. Numéro spécial « autour d'une nouvelle justice et pour une autre santé – quelle éducation des mineurs délinquants ; II/Regard sur un métier : éducateur à la protection judiciaire de la jeunesse, les missions d'un éducateur PJJ » décembre 2002

Le témoignage de Michel BECOURT¹⁹ illustre les demandes de mutations vers d'autres établissements. Surveillant depuis 15 ans, il confirme la nécessité d'une prise en charge spécifique au regard des mineurs mais aussi d'une réelle motivation des professionnels. Il témoigne : *« les jeunes détenus pris individuellement, ne posent pas tant de problèmes. Mais dès lors qu'ils sont en groupe tout change. Il y a des rapports de force, des clivages qui se créent. Gérer des mineurs n'est pas simple, il faut du temps pour tisser une relation avec un jeune, ce qui suppose d'être en nombre suffisant pour assurer une prise en charge de qualité mais surtout d'être soi-même motivé ».*

Mais au-delà des problèmes évoqués précédemment (motivation, formation, expérience), certains établissements présentent un taux d'occupation plus important que les autres avec des incidences sur le quotidien de certains établissements. L'actualité récente montre en effet combien le comportement des mineurs peut altérer leur prise en charge mais aussi les conditions de travail des personnels. Ainsi, suite aux incidents dans les EPM de Lavaur et de Marseille, Laurent GERMAIN, secrétaire général de l'Union Fédérale Autonome Pénitentiaire (UFAP) dans la région du Var, précise qu' *« un EPM au départ, c'est un établissement de réinsertion. Là, les magistrats incarcèrent à tout va, cela devient un centre pénitentiaire lambda. Tous les jours, les personnels, qu'ils soient de surveillance ou éducateurs, essuient des menaces, des insultes. L'EPM est un échec, il faut le reconnaître ».*

2. Une adhésion à la prise en charge de la santé mentale des mineurs détenus conditionnée par plusieurs éléments

Les adolescents détenus proviennent pour la plupart d'un environnement familial carencé avec des parents souvent défailants. Pour certains professionnels, ils ont été « abîmés par la vie » et déstructurés par leur parcours de vie. Dans l'établissement pénitentiaire pour mineurs de Porcheville en région parisienne, 20% des jeunes ont perdu un parent, voire les deux. Ces adolescents arrivant dans le système carcéral présentent de graves blessures psychiques : certains d'entre eux sont sans domicile fixe, d'autres déscolarisés et subit diverses formes de discrimination. Pour un cadre de santé rencontré en UCSA, « une majorité n'aurait jamais reçu ou connu une parole ou un geste d'amour ».

Il existe de nombreux facteurs préjudiciables à l'efficacité d'une réponse adaptée en termes de santé mentale :

¹⁹ Forum prison, le journal de l'éducation pour la santé en Picardie. Numéro spécial « autour d'une nouvelle justice et pour une autre santé – quelle éducation des mineurs délinquants ; I/Regard sur un métier ...être surveillant en quartier mineurs : quelles réalités » décembre 2002

La confidentialité facteur clef dans l'adhésion aux soins est déterminante dans la construction d'un climat de confiance entre le mineur et les professionnels. Cette adhésion peut être fragilisée par la représentation que le jeune lui-même et surtout les autres détenus peuvent avoir de la psychiatrie. La stigmatisation est facile et de fait, peut représenter un frein dans la démarche volontaire du mineur détenu. Ainsi, les équipes de l'UCSA et du SMPR sont tenues au respect du secret médical (article 4 du code de déontologie médicale). D'autre part, le rapport officiel du conseil national de l'Ordre des Médecins de juillet 2001 concernant les aspects déontologiques de la médecine en milieu pénitentiaire, rappelle que « le médecin ne saurait être subordonné ni à l'Administration pénitentiaire ni à l'autorité judiciaire ». Qu'ils soient médecins généralistes ou psychiatres, ils sont garants de la confidentialité de la parole recueillie du jeune détenu.

Cette confidentialité produit une limite réelle entre l'équipe médicale et les autres intervenants. Les différences de culture professionnelle, le respect du secret médical et la représentation du secret partagé sont autant d'éléments qui parasitent parfois les relations communicationnelles. A titre d'exemple, les professionnels de la PJJ doivent impérativement transmettre des rapports au Juge sur la situation des mineurs détenus. Or dans la réalité, ils se heurtent à la non divulgation des informations jugées sous le sceau du secret professionnel de la part du personnel de l'UCSA et du SMPR.

Toutefois, l'interdisciplinarité reste une réponse à la complexité des enjeux psychiques, sociaux, médicaux et pédagogiques des jeunes détenus. Les pratiques reposent donc sur une complémentarité des compétences. L'exemple de Porcheville montre que le recours à un psychologue vacataire permet de dépasser les clivages et favorise ainsi un meilleur partage des informations.

Selon les établissements, on retrouve une certaine perméabilité en termes d'échanges nécessaires pour une prise en charge adaptée, ou une rétention d'informations qui, pourtant, permettrait selon certains éducateurs d'être plus efficaces dans leurs missions auprès des mineurs. Dans l'établissement de Lavaur, deux psychologues, une relevant de la PJJ, l'autre de l'UCSA, soulignent que les transmissions sont difficiles car elles fonctionnent beaucoup sur le ressenti. La prise en charge effectuée par la psychologue de l'UCSA lui demande beaucoup plus de temps puisqu'elle assure un suivi individuel de certains jeunes, tandis que la psychologue PJJ est chargée uniquement des entretiens arrivants. Elle ne peut dès lors assurer le suivi que d'une dizaine de détenus, souvent (les plus violents). Si un éducateur détecte un problème chez un jeune, l'UCSA n'a pas le temps d'assurer sa prise en charge s'il est jugé

superficiel. La psychologue PJJ précise qu'elle souhaiterait pouvoir réaliser des suivis individuels mais cela n'entre pas dans son champ de compétences. Elle se doit de passer le relais à la psychologue de l'UCSA. Pourtant, la psychologue de la PJJ parvient parfois à créer du lien avec certains détenus notamment lors des arrivées, des activités, etc. Les transferts de prise en charge vers l'UCSA peuvent constituer un frein dans le suivi des mineurs détenus. Ces derniers ne souhaitant pas se confier une nouvelle fois à un autre professionnel. Ce dysfonctionnement montre les limites de l'interdisciplinarité.

La durée de l'incarcération constitue un frein majeur dans l'efficacité et la qualité de la prise en charge de la santé mentale du jeune détenu. Certes, la mise en place d'un réseau (PJJ, mission locale, associations, centre médico-psychologique) est effective. Il existe plusieurs dispositifs d'accompagnement visant à faciliter la sortie des détenus. En matière d'hébergement, la PJJ se charge de trouver des solutions lorsque le détenu ne peut être accueilli par sa famille. En partenariat avec le conseil général, la PJJ tente notamment de trouver des places en foyer. Des places en CEF peuvent être envisagées si le mineur adhère à un tel projet. La PJJ travaille en réseau avec les missions locales et tente d'assurer un véritable travail d'accompagnement post-carcéral, notamment via le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP). Néanmoins, la durée d'incarcération généralement courte (un mois et demi en moyenne) ne permet pas toujours de mettre en place d'assurer un dispositif efficace.

L'architecture des établissements pénitentiaires pour mineurs peut être préjudiciable et favoriser notamment les violences verbales et le harcèlement envers les jeunes et le personnel. Conçus sur le même modèle, ils présentent un espace interne ouvert, appelé « agora » qui est systématiquement traversé par les mineurs détenus plusieurs fois par jour pour se rendre des unités de détention au bâtiment administratif où se situe le pôle socio-éducatif, les services de l'UCSA et du SMPR, les parloirs. Ces circulations font l'objet d'échanges verbaux avec ceux qui sont restés en cellule et peuvent faire l'objet de vexations, d'humiliation et de harcèlements, bien que les mineurs soient systématiquement accompagnés par un surveillant. En outre, cette conception similaire à tous les EPM favorise l'exposition des mineurs. Chaque mineur détenu a ainsi connaissance des mouvements des uns et des autres. Le jeune qui se rend dans le bâtiment médical est repéré voire stigmatisé ce qui peut constituer un frein notamment dans la prise en charge de sa santé mentale.

Un pédopsychiatre²⁰ rencontré lors d'un entretien, précisant les modes de circulation sur un schéma, dit qu'« ils ont reconstitué à l'identique les conditions de vie des zones de recrutement » (zones de provenance géographique des mineurs). La disposition des locaux de l'UCSA place le jeune, durant les entretiens, face à la « barre » des logements, ce qui maintient le sentiment d'enfermement. L'ajout des « caillebotis » sur les ouvertures s'est rapidement imposé afin d'empêcher l'observation des passages et le « caillassage ».

Quant à la prise en charge des adolescentes, elle apparaît difficile. Dans le projet initial de construction des EPM, il était effectivement prévu des places pour des jeunes femmes mineures détenues. Dans la plupart des établissements, ces unités demeurent cependant fermées. De fait, elles se retrouvent donc incarcérées dans des maisons d'arrêt avec des femmes majeures. Cette fermeture des places dédiées s'explique par la difficulté de faire cohabiter les jeunes des deux sexes. A Lavaur, il existe une unité pour filles d'une capacité de 5 places et une nurserie. Toutes les activités étant mixtes, elles subissent régulièrement insultes et provocations de la part des mineurs détenus.

Préconisations

Le député Michel ZUMKELLER « démontre l'urgence qu'il y a à **repenser l'articulation du soin et de l'accompagnement éducatif** pour donner sa pleine efficacité à la sanction pénale. »²¹. Ses préconisations portent notamment sur la **formalisation des coopérations** entre services de soins et PJJ, des procédures de « gestion des incidents » (id.) ainsi que des supports d'informations individuelles. Le « dossier judiciaire unique » préconisé permettrait de pallier aux écueils dans la prise en charge globale : **production d'une culture commune, réflexion sur le « secret partagé, observation des états et recherche sur les impacts des pratiques mises en œuvre.**

Le rapport COUTY, parlant de la *Mission et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie*, dans la partie consacrée à la détention, recommande d'« élaborer un cahier des charges national précisant le rôle des différents intervenants, les missions et les modes de

²⁰ G. Monod

²¹ Annonce de la publication du rapport de M. Michel SUMKELLER « Un meilleur partenariat Santé/Justice pour une justice des mineurs efficace », mission d'information de la Commission des Lois, Assemblée Nationale, 2009

prise en charge »²², harmonisation s'effectuant sous la responsabilité des Agences régionales de santé avec une « déclinaison régionale dans les SROS » (id.) qui s'appuie sur un « réseau national chargé de concevoir des formations pour les professionnels, d'élaborer des bonnes pratiques et des critères d'évaluation, de promouvoir des programmes de recherche » (id.).

Cette préoccupation partagée par tous les acteurs de dépasser le traitement, en urgence, de situations complexes auprès de personnes vulnérables contribue à les réunir autour d'une conception préventive de la prise en charge. La compilation et l'évaluation des pratiques demeurent des priorités mais « cette évaluation, inédite en France, ne paraît guère possible si l'on fait partout à peu près la même chose comme on semble y aspirer actuellement avec une conception a-critique de la pluridisciplinarité et un risque de forçage éducatif, pédagogique et sportif qui passent à côté de l'occasion exceptionnelle pour le soin que représente l'incarcération »²³.

En outre, il ressort des entretiens donnés et des observations faites sur le terrain, une inégale prise en compte de la santé mentale. Le groupe de travail suggérerait le développement des activités thérapeutiques tant dans les EPM que dans les QM. La mise en place d'un guide de bonnes pratiques soutenue par une politique de formations initiale et continue, permettrait par ailleurs de lutter contre les inégalités territoriales de prise en charge

Conclusion

Dans un contexte de rajeunissement et de progression de délinquance juvénile, la prise en compte de la santé mentale, initialement réduite à la question du discernement en matière de législation pénale, connaît depuis les années 2000 un développement rapide. Cette approche modifie ainsi le sens même de l'enferment qui de lieu de pouvoir et de domination²⁴ peut désormais poser les fondements d'une reconstruction sociale et identitaire.

Le développement du concept de santé mentale déplace en effet le champ d'intervention de la psychiatrie pour l'intégrer dans une politique de réhabilitation psycho-sociale en milieu carcéral. Ainsi l'établissement pénitentiaire peut aller jusqu'à être défini par des

²² COUTY E., CECCHI-TENERINI R., *Mission et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie*, janvier 2009, Rapport du Ministère de la santé et de sports, p.31

²³ HIBON A., « Un projet de pédopsychiatrie pour les adolescents incarcérés », journée « Adolescents incarcérés », 18 novembre 2004, Aix-en-Provence, S.P.A.D., p. 2

²⁴ La thèse de « Michel Foucault, « Surveiller et punir », 1975 a constitué le socle du discours carcéral au XXème siècle-

professionnels comme « un milieu cadrant, sévère mais juste qui peut être plus nourricier et juste que le milieu familial »²⁵.

Cependant cette transformation demeure encore aujourd'hui inachevée, l'état des lieux du dispositif de santé mentale en milieu carcéral montrant de nombreuses faiblesses ; tant en matière de formation des professionnels, d'articulation de logiques sanitaires et répressives parfois contradictoires mais aussi en ce qui concerne le consentement des jeunes à des actions de prise en charge de leur souffrance psychologique, alors que rien, dans leurs vécu, leur milieu social, leur rapport aux autres, ne les y a préparés.

Il reste néanmoins à retenir de grandes avancées opérant ainsi une transition entre une logique traditionnellement répressive visant à garantir l'ordre public et la sécurité collective et une dynamique qui s'affirme de socialisation et de réintégration sociale.

Ces deux missions supposent également un travail éducatif durant la période d'incarcération, ainsi que le soulignait déjà Victor Hugo « Ouvrez une école, vous fermerez une prison ».

²⁵ Observations cliniques par Dr. G. Monod, pédopsychiatre- Synthèse d'un texte proposé par la personne interrogée, d'après une proposition de formation de professionnels en milieu carcéral pour mineurs.

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

Ordonnance du 22 juillet 1912 portant création des tribunaux pour enfants et adolescents.

Ordonnance n°45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante [en ligne].

Journal Officiel du 4 février 1945, disponible sur Internet :

[http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006069158
&dateTexte=20110519](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006069158&dateTexte=20110519)

Loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, et ses textes d'application (décret n°94-929 du 27 octobre 1994 et circulaire n°45 DH/DGS/DSS/DAP du 8 décembre 1994) [en ligne]. Journal Officiel n°15 du 19/01/1994, disponible sur Internet :

<http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000728979>

Loi n°2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice (LOPJ) [en ligne]. Journal Officiel n°211 du 10 septembre 2002, disponible sur Internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000775140>

Loi n°2007-1198 du 10 août 2007 renforçant la lutte contre la récidive des mineurs et des majeurs [en ligne]. Journal Officiel n°185 du 11 août 2007, disponible sur Internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006056759>

Circulaire interministérielle DGS/DHOS/DAP/DPJJ/MC1, n°2008-158 du 13 mai 2008 relative à la prise en charge sanitaire des mineurs incarcérés [en ligne]. Disponible sur Internet :

http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2008/08-06/ste_20080006_0100_0081.pdf

Circulaire DAP du 14 janvier 2009 relative à la poursuite de l'implantation progressive des RPE dans les établissements pénitentiaires selon 5 priorités définies pour leur capacité à faire évoluer le système pénitentiaire [en ligne]. Bulletin officiel du ministère de la Justice, n° 1 du 28/02/2009, 13 p., disponible sur Internet :

http://www.textes.justice.gouv.fr/art_pix/boj_20090001_0000_0032.pdf

Ouvrages

FERRARI P., 1990, *Enfants et prison*, Paris : Eshel, Stendhal Diffusion, Lieux de l'enfance.

KEROUAC J., 2010, *SUR LA ROUTE. Le rouleau original*, trad. Kamoun J., Paris : Gallimard, 507 p.

- LAMBILLOTE A-C., 1998, *Le médecin généraliste vu par les adolescents*, résultats d'enquête 117-S 339-S 346, Bruxelles : Louvain Med.
- MICHON P., 1998, *Vies minuscules*, Paris : Gallimard, collection Folio, 251 p.
- RENAUT A., 2009, « Punir », *La fin de l'autorité*, Editions Flammarion, collection champs essais.

Articles

- BODIN D., ROBENE L., HEAS S., SEMPE G., 2007, « Le sport en prison : entre insertion et paix sociale/Jeux, enjeux et relations de pouvoirs à travers les pratiques corporelles de la jeunesse masculine incarcérée », *RHEI* [en ligne], n°9, pp. 145-171, disponible sur Internet :
<http://www.rhei.revues.org/index1353.html>
- BOTBOL M., CHOQUET L.H., GROUSSET J., 2010, « Eduquer et soigner les adolescents difficiles : la place de l'aide judiciaire contrainte dans le traitement des troubles des conduites », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, pp. 224-233.
- BOURQUIN J., 2005/4, « Une histoire qui se répète les centres fermés pour mineurs délinquants », *Adolescence* [en ligne], n°54, pp. 877-897, disponible sur Internet :
<http://www.cairn.info/revue-adolescence-2005-4-page-877.htm>
- BOUVILLE J.M., 2007, « Des jeunes face à la loi », *INJEP*, n°89.
- CASTAIGNEDE J., 2003, « La loi n°2002-1138 du 9 septembre 2002 : un nouveau regard porté sur le droit pénal des mineurs », *Recueil Dalloz*, p.779.
- CHANTERAIN G., 2009/4, « Mineurs incarcérés : récits de prison et prison des récits », *Questions Pénales* [en ligne], n° XXII.2, CESDIP, 4 p., disponible sur Internet : http://www.cesdip.fr/IMG/pdf/QP_04_2009_pdf
- COFFIN J-C., 2011-04, « La souffrance psychique en perspective », *Rhizome*, n°41, pp. 9-10.
- DUPUI J-C., 2005/4, « L'intervention de l'éducateur P.J.J. de milieu ouvert auprès du mineur incarcéré », *Adolescence* [en ligne], n°54, pp. 977-981, disponible sur Internet : <http://www.cairn.info/revue-adolescence-2005-4-page-977.htm>
- FAVRE C., 2011-04, « Le prendre soin a-t-il une langue ? », *Rhizome* [en ligne], n°41, p. 3, disponible sur Internet : <http://www.orspere.fr>
- HIBON A., 2005/4, « Pour une pédopsychiatrie d'inspiration analytique auprès des adolescents incarcérés », *Adolescence* [en ligne], n°54, pp. 915-976, disponible sur Internet :

<http://www.cairn.info/revue-adolescence-2005-4-page-915.htm>

KANNAS S., ROELANDT J.-L. & alii, 2011/1-3, « Les conseils locaux de santé mentale », *PLURIELS*, n°87/88, pp.1-11.

ROVERE O., décembre 2002, « Autour d'une nouvelle justice et pour une autre santé, quelle éducation des mineurs délinquants ? », *Forum prison, Journal de l'éducation pour la santé en Picardie*, numéro spécial.

LABOURET O., 2011-04, « La propagande psychiatrique au pouvoir », *Rhizome*, n°41, pp. 11-13.

LEPOUTRE R. & alii, 2008/1-3, « Les infractions à caractère sexuel, enjeu de santé publique », *PLURIELS* [en ligne], n°69-70-71, pp. 1-24, MNAM, Paris, disponible sur Internet :

<http://www.mnasm.com/files/uploads/Publications/RevuePluriels/revue-pluriels-87.pdf>

ROBERT D., FRIGON S., 2006/3, « La santé comme mirage des transformations carcérales », *Déviance et Société* [en ligne], vol. 30, pp. 305-322, disponible sur Internet :

<http://www.cairn.info/revue-deviance-et-societe-2006-3-page-305.htm>

ROYER S., 2001, « La prise en charge psychologique des mineurs à la maison d'arrêt de Besançon, un défi ? », *Textes Psy* [en ligne], disponible sur Internet :

<http://www.textes-psy.com/spip.php?article854>

SANNIER O., NAPPEZ S., MANAOUI C., 2010, « Prise en charge sanitaire des mineurs détenus », *Archives de pédiatrie*, n°17, pp. 166-174.

Rapports

Conseil national de l'Ordre des Médecins, juillet 2001, *les aspects déontologiques de la médecine en milieu pénitentiaire*, rapport officiel.

Ecole Nationale d'Administration Pénitentiaire, Actes du colloque international inaugural, *Sens de la peine et droits de l'homme, Les théories de la peine aujourd'hui, L'accompagnement, le soin, l'éducation*, 8-10 novembre 2000, Agen.

IGAS-IGSS, juin 2001, *rapport d'évaluation sur l'organisation des soins au détenu*.

INSERM, février 2003, *Troubles mentaux, dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent*.

Module interprofessionnel de santé publique, Groupe n°23, 2009, *Centres éducatifs fermés et santé mentale*, EHESP de Rennes, 33 p.

Sénat, session 2002-2003, *Adolescence en crise*, Rapport d'information n°242.

Sénat, 26 juin 2002, *La République en quête de respect*, Rapport d'enquête sur la délinquance des mineurs n°340.

Sites internet

BAN PUBLIC, Association pour la communication sur les prisons et l'incarcération en Europe [en ligne], disponible sur Internet :

www.prison.eu.org

CONTROLEUR GENERAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTE, [en ligne], disponible sur Internet :

www.cglpl.fr

Liste des annexes

- Grille d'entretien
- Entretiens : Porcheville, Orvault, Laval, magistrat Toulouse, Brest, Monod, Botbol, SPIP
- Article psychologue QM maison d'arrêt de Besançon
- Circulaire interministérielle n° DGS/DHOS/DAP/DPJJ/MC1/2008/158 du 13 mai 2008 relative à la prise en charge sanitaire des mineurs incarcérés

1°) La prise en compte de la notion de Santé Mentale est porteuse de potentialités pour le mineur détenus :

- Qu'évoque pour vous la notion de santé mentale ? Comment la définissez-vous ?
- Quels sont les professionnels concernés ? Formations spécifiques santé mentale/mineurs ?
- Quels sont les moyens/actions mis en œuvre/place ?
- Depuis quand cette problématique est-elle abordée/traitée (1994)? Pour quels apports (SMPR depuis 1986...) ? Evolution ?
- Evaluation/efficacité de cette action ? Axes d'améliorations ?

2°) L'incarcération est un facteur de protection de la Santé Mentale :

- Quels sont, selon vous, les buts de l'incarcération ?
- Pensez-vous que l'incarcération puisse être un levier de protection de la Santé Mentale ?
- Suivi post-carcéral ?

3°) L'adhésion aux soins conditionne l'effectivité de la prise en charge :

- Quelle est la démarche pour susciter adhésion aux soins ? Quelle proportion adhère ?
- Si résistance, quelles stratégies ?
- Quelle est la place de la famille ? Echanges ? Sinon comment les impliquer ?

Fonctionnement de la structure

Ouverture en avril 2008.

60 places pour mineurs de 13 à 18 ans.

Initialement 56 places pour garçons et 4 places pour filles. Mais finalement 60 places pour garçons.

L'UCSA est rattachée aux urgences du CH de Mantes la Jolie.

- Plages d'ouverture : 7j/7
 - Semaine : 8h45-16h45
 - W-E : journée puis matinées puis 1j/2 (arrêts de travail prolongés)
 - L'UCSA accueille les mineurs l'après midi car le matin les jeunes sont à l'école.
- Effectifs :
 - un cadre de santé deux jours par semaine,
 - une psychologue,
 - 2,3 ETP IDE pour assurer 7 jours sur 7,
 - une secrétaire,
 - un médecin généraliste mi temps,
 - un psychiatre mi temps,
 - un dentiste une demi journée par semaine,
 - un surveillant pénitentiaire dédié.

Définition de la population

- Adolescents entre 13 et 18 ans. Uniquement des garçons. 20 % des jeunes ont perdu un parent ou les deux. Grosses blessures dans la petite enfance. Certains sont SDF. Beaucoup n'ont jamais eu une parole ou un geste d'amour.
- Délits à l'origine de l'incarcération variables par périodes ou « courants »
 - Cambriolages (plutôt l'hiver), vol de métaux
 - Tournantes
 - Stupéfiants (été)

Eléments en lien avec l'hypothèse 1

1.1.1 Prise en compte de la santé mentale

Prise en compte des différentes composantes : existence ou non d'une pathologie psychiatrique (anxiété, troubles du comportement, dépression, idées suicidaires...). Tout jeune dépressif est hospitalisé en HO. Au final, jamais de cas psychiatriques dans les EPM car ne restent pas en EPM.

Une prise en charge psychiatrique est considérée comme péjorative chez les jeunes détenus, un signe de faiblesse.

L'UCSA est un lieu où les jeunes peuvent se relâcher, laisser apparaître leur faiblesse alors qu'ils ne le font pas lorsqu'ils sont entre eux et avec les surveillants.

Dans le quartier arrivant, les jeunes sont souvent très anxieux.

Prise en compte de l'aspect éducatif, social, familial.

Intervenants dans la prise en charge

Surveillants, éducateurs, personnels de l'UCSA, éducation nationale

Il y a peu de relations entre les intervenants. Le personnel soignant est très vigilant quant aux infos transmises aux éducateurs. La confidentialité médicale est souvent invoquée.

Un système informatique commun existe au sein de l'EPM pour l'ensemble des intervenants, mais l'UCSA ne renseigne que l'aptitude à faire du sport (problème de confidentialité).

Les mineurs sont demandeurs de prise en charge par la psychologue (jeune femme) mais pas par le psy « doc pour les oufs » qui « cachetonne » ni pour les prescriptions médicales qui sont vues comme un signe de faiblesse.

Moyens et actions mis en œuvre

Les mineurs sont vus systématiquement à l'arrivée à l'EPM par le médecin, l'IDE et la psychologue, puis à leur demande si aucun suivi particulier n'est prescrit. L'IDE assiste à l'entretien avec la psychologue : point sur le parcours du mineur, sa famille, sa scolarité. Analyse de sa posture. Une attention particulière est apportée aux primo incarcérés.

Les magistrats ont tendance à se couvrir en signalant un risque suicidaire important. Les jeunes concernés rencontrent alors le psychiatre (ou sont extraits vers Mantes pour rencontrer un psychiatre).

Pour l'UCSA, les médecins sont à mi temps, les moyens en PNM sont insuffisants. Les temps partiels ne permettent pas que les professionnels se retrouvent et échangent régulièrement. Il est difficile de coordonner les actions au sein de l'UCSA.

Existence d'un dossier de soins unique.

L'EPM offre de nombreuses activités, sport, éducation, activités ludiques avec les éducateurs.

Un atelier de relaxation a été créé au sein de l'UCSA, mais suite au départ de l'IDE spécialisée et à cause du manque de personnel, il ne fonctionne plus. Il est aussi lié au profil des mineurs.

Formation

Pas de formation particulière formalisée ou obligatoire. Dans cette UCSA, DU sur la prise en charge des adolescents difficiles pour les IDE et DU sur la santé en milieu pénitentiaire cadre et médecin.

Eléments en lien avec l'hypothèse 2

Objectif de l'incarcération

- Apports :
 - Sanction, prise de conscience.
 - Facteur de protection ou de développement : les jeunes sont nourris, logés, éduqués. Certains font des progrès en langue française. Occasion pour les jeunes d'avoir une marque d'attention. Sont protégés des agressions extérieures.
 - Prise en compte individuelle des problèmes.
 - Facilité d'accès aux soins. Problèmes de santé très bien pris en charge par rapport à l'extérieur. Bonnes relations de l'UCSA avec les jeunes.
- Limites
 - Durée de séjour trop courte pour envisager des actions d'éducation à la santé.
- Suivi
 - Couverture assurance maladie deux ans après la sortie. La santé n'est pas vue comme une question importante par les jeunes lors de leur sortie.

Eléments en lien avec l'hypothèse 3

Démarche pour susciter l'adhésion

- Rencontre avec la psychologue lors de l'entrée
- Technique pour susciter l'intérêt, par le biais d'entretiens pour gagner la confiance des mineurs, pour arriver à aborder les raisons de l'incarcération et susciter une réflexion de leur part.
- Formulaire de refus ou consentement aux soins dans le dossier
- L'UCSA est ouverte l'après midi et se retrouve en compétition avec les activités ludiques
- L'UCSA ne se met pas à disposition des jeunes et à leur "bon vouloir"

Place de la famille dans la prise en charge

- Demande d'autorisation de soins de la part de l'UCSA
- Contact par les parents et UCSA possibles
 - Circulaire mai 2008
- Possibilité de faire passer des traitements existants antérieurement (acné...)
- Contacts téléphoniques entre les parents et l'UCSA parfois pour des demandes non médicales auxquelles les personnels ne peuvent pas répondre.
- Les parents ne font pas la différence entre la santé mentale et physique.
- Relations téléphoniques rares entre les parents et les mineurs.
- Plages horaires pour téléphoner autorisées limitées.
- Certains jeunes n'ont pas de cellule familiale structurée.

La définition de soins efficaces

Une prise en charge globale.

▫ Présentation de l'Établissement Pénitentiaire pour Mineurs d'Orvault (44) :

- Créé en 2008, cinquième EPM de France.
- La plupart des détenus viennent du Maine et Loire (Juge plus « sévère »), mais l'établissement peut recevoir des détenus en transfert pour divers motifs (protection, discipline...).

Hypothèse 1 – La prise en compte de la santé mentale est porteuse de potentialités pour la construction du mineur :

- Thème 1 : Le concept de santé mentale :

- L'ensemble des personnes rencontrées s'accorde sur une acception large de la santé mentale : Gestion des frustrations, bien-être psychique, prise en considération des souffrances, épanouissement, bien être... Réinsertion à travers activités, projet de vie...
- Néanmoins, interrogé sur le sujet, le 1^{er} surveillant remarquera que l'AP n'en est peut-être pas assez consciente.

- Thème 2 : Les intervenants dans la prise en charge :

- Deux directions :
 - Administration Pénitentiaire (AP)
 - Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ)
- * **AP** : Une directrice, une directrice adjointe, un chef de détention, 2 officiers, 1 major, 10 premiers surveillants, une soixantaine de surveillant.
Un surveillant fait office de professeur de sport à temps plein, un ETP supplémentaire prévu en juillet.
- * **EN** : 1 proviseur et une dizaine de professeurs affectés à l'EPM.
- * **PJJ** : 1 directrice, 2 chefs de services, 36 éducateurs. Plus une psychologue et une secrétaire.
 - Six éducateurs par unité, certains sont spécialisés dans différents domaines tels que la petite mécanique, cuisine, code de la route...
- * **Santé** :
 - **UCSA** : Un médecin généraliste, 1,5 ETP infirmier dont une infirmière à temps plein.
(+ vacation dentiste)
 - **SMPR** : Un médecin psychiatre, un psychologue, un cadre de santé, deux infirmiers, une psychomotricienne.
A l'exception des infirmiers, le personnel partage son temps de travail entre différents établissements pénitentiaires.
De plus, intervenants extérieurs : vétérinaire, artiste-peintre...
- * Prestataires privés :
 - Repas (Sodexo)
 - Maintenance, blanchisserie (~Honet~)

- **Logiques différentes** :
- AP → Détenus.
 - PJJ → Mineurs sous main de Justice.
 - EN → Elèves.
 - UCSA/SMPR → Patients.
 - Prestataires privés → Clients.

Thème 3 : Les moyens et actions mis en œuvre :

- **Accueil arrivant** : Les détenus occupent l'unité arrivant de 3 jours à une semaine, jusqu'à ce que la commission arrivant permette un transfert vers les unités de détentions.
(Cas particuliers : certains passent toute leur détention dans l'unité arrivant)
Commission arrivant : instance pluridisciplinaire qui met en place une prise en charge individualisée, adaptée aux besoins de chaque mineur.
- **Arrivée** : Visite médicale obligatoire, visite dentaire obligatoire.
(80% des détenus ont besoin de soins dentaires)
- * **UCSA** : Visite avec le médecin généraliste, dépistages et orientation éventuelle vers SMPR.
Infirmière : détection troubles de la vue, poids, taille...
R : 80% des détenus fument : un suivi de sevrage est proposé.
(porte d'entrée potentielle vers d'autres soins)
- Actions de préventions : (« activité de bas seuil ») : atelier sur hygiène corporelle, etc...
- * **SMPR** : 1^{er} entretien avec infirmier SMPR dès la 1^{ère} semaine.
2^{ème} entretien 2 ou 3 semaines plus tard.
(R : 2^{ème} entretien SMPR pas obligatoire, certains SMPR n'en font qu'un)
- * Pendant la même semaine : entretien avec équipe PJJ et équipe EN.
- Ensuite, au niveau des unités de détention (« unités de vie ») la prise en charge est effectuée par un binôme surveillant/éducateur.
- * **Réunion d'unité** : Réunion hebdomadaire par unité de vie (unité de détention) : AP/PJJ
→ Les cas des détenus sont individuellement évoqués.
→ UCSA/SMPR n'interviennent pas.
- * **Réunion de synthèse hebdomadaire** : Tous les 2-3 mois. PJJ/EN/UCSA-SMPR

- Cas spécifiques, pour questions d'orientation... (ex : HO)
- * Rapport quotidien AP/PJJ tous les matins.
- * Commission prévention suicide hebdomadaire.
- Projet initial : 20h de cours, 20h de sport, 20h d'activités /semaines.
 - En pratique, emplois du tps individualisés, tout s'articule autour de l'EN.

▫ Actions d'accompagnements :

- Au niveau scolaire : prise en charge par petits groupes de niveaux (entre 1 et 4 max).
 - Prise en compte du parcours scolaire et de la motivation du jeune.
 - Illettrisme, analphabétisme... mais parfois niveau lycée.
 - Accès à une salle multimédia, mais sans internet.
- Santé : Ateliers thérapeutiques : cuisine, zoothérapie, art-thérapie, « parle avec ton corps » animé par la psychomotricienne, « La santé se dessine », etc...
De plus, entretiens individuels sur demandes.
- PJJ : Activités socio-éducatives: codes de la route (sensibilisation à la règle/loi), petite mécanique, art-plastique, cuisine (sensibilisation hygiène), musique, etc...
 - Sport : Encadré par un surveillant pénitentiaire : arts martiaux, musculation, foot...
Semaines thématiques pendant vacances (exemple : boxe française...)
 - Présence d'une médiathèque et d'une salle de projection.
- Repas collectif : Au sein de chaque unité de détention, jusqu'à 3 détenus peuvent manger dans la cuisine de l'unité avec un surveillant, les autres mangent dans leurs chambres.
(R : La mise en retrait du collectif est une sanction courante et apparemment efficace...)

- Thème 4 : Formation des professionnels :

➔ Pas de formation spécifique :

- UCSA/SMPR : pas spécialisation mineurs/détenus. (mais parcours pro en lien...)
- AP : pas spécialisation mineurs.
- PJJ : pas spécialisation détention.
- EN : idem

PJJ : les éducateurs disposent de 10j/an de formation continue.

Exemple : Prévention des actes suicidaires (suivie par la majorité).

- Réflexion autour de projets de formations communes AP/PJJ.

R : Un éducateur PJJ a déclaré que la plupart des éducateurs étaient là pour des raisons géographiques. Chef de service déclare : motivation.

Thème 5 : Changements et évolutions dans la prise en charge en matière de santé mentale :

- Equipe médicale et paramédicale au sein même de la structure pénitentiaire : prise en charge globale de la SM.
- PJJ sont des vacataires dans les QM, maintenant implantés dans les EPM.
- SM envisagée dans sa globalité : 1 éducateur par mineur.
- ➔ Détenus très occupés, parfois trop ?

Thème 6 : Le fonctionnement des structures :

- Architecture : Arène/agora centrale pose pb...
- Une cellule adaptée aux PH, une cellule de protection pour personnes suicidaires.
- Quartier arrivant, Quartier disciplinaire.
- Unités de 10 places : 5-6 détenus. Une unité femme : non occupée et n'aura pas vocation à l'être.
- 60 places : taux de remplissage oscille autour de 50%. Actuellement en capacité d'accueillir 40 places.
- ➔ Difficultés de collaboration entre PJJ/SMPR autour du secret partagé... Evolue dans le bon sens.
- ➔ Ni séparation entre délinquants et criminels, ni entre prévenus et condamnés.

Thème 7 : Evaluation de la prise en charge :

- S'effectue lors des réunions hebdomadaires...
- Santé : réunions d'équipe.

Hypothèse 2 : L'incarcération est un facteur de protection de la SM :

Thème 1 : Apports :

- Sensibilisation aux problématiques de santé et notamment de SM. Education à la santé...
 - Entrée dans un parcours de soins coordonné, affiliation à la SS.
 - Thérapie par le biais des activités thérapeutiques, socio-éducatives et culturelles...
- Travail sur illettrisme, reprise de contact avec l'école...
- Réappropriation ou appropriation d'un cadre de vie...
- Parfois possibilité de renouer lien avec famille (*PJJ contacte systématiquement les parents perdus de vue, même sans accord du mineur*).
- En cas de besoin, logement en sortie d'incarcération.
- Educateur PJJ : déclare que bénéfique pour les mineurs. Chef de service également...
- Détenus au centre de sa prise en charge : responsabilisation...
- Travail sur image et estime de soi : accepter de réussir...

- Thème 2 : Inconvénients :

- Architecture potentiellement déstabilisante.
- Facteur limitant : Temps d'incarcération court (en moyenne un mois et demi).
- Trop occupés, pas de temps pour prendre du recul...
- Trop de transparence car petite structure et haut taux d'encadrement.
 - * Certains détenus seraient mieux dans un QM.
 - * A l'inverse l'EPM permet à d'autres détenus de s'ouvrir...
Exple d'un détenu qui, en QM, ne sortait jamais de sa cellule voire n'occupait plus qu'une partie de celle-ci. A recommencer à sortir en EPM.

Thème 3 : Le suivi post-incarcération :

- Hébergement : Solutions proposées si pas possibilités dans famille élargie.
 - Unité d'hébergement, voire en CEF si projet (*pb : la plupart déjà passé par là*).
 - CG peut orienter vers foyers...
- PJJ :
 - Travail en réseau avec missions locales, travail d'accompagnement...
 - SPIP.
 - Service de prévention et de suite (cellules composées d'éducateurs).
 - Ecoles de la deuxième chance, classes relais...
- Santé : Psychologue présente au détenu, avant sa sortie, le CMP ainsi que le dispositif libéral. →
Prend RDV à l'extérieur avec détenus avant leurs sorties.
 - Ouverture des droits en prison, et maintenue une année après sortie...

Hypothèse 3 : L'adhésion aux soins conditionne l'efficacité de la prise en charge :

Thème 1 : La recherche de l'adhésion du mineur :

- Adhésion très forte :
 - 95% pour les ateliers thérapeutiques.
 - 90% pour entretiens individuels.
- Phénomène qui s'auto-entretient : tout le monde va aux activités...

Thème 2 : Stratégies mises en œuvre face à la résistance du mineur :

- Entrée par UCSA : travail de mise en confiance de la part du médecin G et de l'infirmière.
 - Poussent vers SMPR pour activités thérapeutiques, et ensuite vers entretien individuels.
- Diversité et attractivité des ateliers proposés.
- Injonctions aux soins : pas grand sens en SM.
- Le personnel médical ne se déplace pas dans les cellules : derniers recours.
- Travail sur confiance envers le personnel médical...
 - Qd le détenu rejette le SMPR, l'UCSA prend le relais.

Thème 4 : Place de la famille.

- SMPR : Prend contact avec famille si accord du détenu.
 - + Envoi aux parents de la plaquette UCSA et des autorisations de soins.
- PJJ : Prend systématiquement contact avec famille, même si refus du détenu.
 - De plus prévient famille dès incarcération : info...
 - Entretien éducatif pour retracer le parcours familial.
- Mais en général peu de contacts familiaux.
 - Pour autant les jeunes en rupture totale avec leur famille sont assez rares.
 - (Mais souvent perdu contact avec un des parents...)

Thème 5 : La définition de « soins efficaces » :

- Adhésion du mineur détenu, s'inscrire dans un processus de soins, provoquer une prise de conscience...
- Prévention suicide : Un suicide l'année dernière... L'efficacité ne peut-être optimale.

Entretiens à l'EPM de Lavaur 10 mai 2011
Psychologue et éducateur de la PJJ

Psychologue à l'EPM depuis janvier 2011 (c'est la 4^{ème} en 4 ans !)

Educateur de la PJJ qui travaille à l'unité arrivant (avant il travaillait en quartier pour mineurs)

1°) La Santé Mentale :

Notion : santé mentale perçue dans son sens large mais dépend des professionnels

L'éducateur estime que c'est une notion difficile à apprécier du au contexte carcéral et à la spécificité des EPM où les mineurs sont très encadrés et occupés. Les professionnels ont l'impression que les jeunes vont bien, ce sont adaptés et pourtant, ils récidivent, laissent tomber leur projet, etc. Le refus de l'enfermement, la rébellion est une réaction plutôt saine au départ alors que celui qui accepte, s'adapte très facilement (le « suradapté ») est en décalage par rapport à ses comportements passés. On lui demande alors moins d'efforts, on parle moins de lui alors qu'il devrait faire l'objet d'autant d'attention. Pour avoir travaillé en milieu ouvert, l'éducateur sait qu'il s'en soucierait davantage en dehors du milieu carcéral. Mais l'administration pénitentiaire a d'autres « critères » d'évaluation (surtout liés à la discipline).

Professionnels :

- Médecin psychiatre de l'UCSA :
- Psychologue de l'UCSA
- Psychologue PJJ
- Educateurs
- Surveillants incarnent l'autorité / le cadre. Mais dans les EPM, leur rôle se rapproche parfois à celui des éducateurs (participation aux repas par exemple)

Cloisonnement des rôles :

- UCSA => thérapeutique. Ils sont les seuls à pouvoir répondre aux problématiques de santé mentale.
- PJJ = éducatif. Ils participent aussi à la PEC de la santé mentale mais de façon plus latente. Ils savent si le mineur est pris en charge par l'UCSA mais pas les détails de cette prise en charge.

Les psychologues UCSA et PJJ voient leurs rôles clairement différenciés :

- La psychologue PJJ voit les détenus à leur arrivée mais ne peut pas assurer de suivi. Elle a pour fonction d'éclairer les éducateurs. Elle assiste aux réunions d'unité, aux ateliers.
- La psychologue UCSA assure le suivi thérapeutique des détenus pendant la durée de la détention.

Les 2 psychologues ont des liens privilégiés (se rencontrent formellement 1H/2semaines pour travailler sur des situations). Les transmissions sont difficiles car elles fonctionnent beaucoup sur le ressenti. La psychologue UCSA a beaucoup plus de travail. Elle ne peut assurer le suivi que d'une dizaine de détenus (les plus violents). Même si un éducateur détecte un problème chez un jeune, l'UCSA n'aura pas le temps de le prendre en charge. La psychologue PJJ aimerait bien l'aider et faire des entretiens mais elle n'a pas le droit. Pourtant, parfois la psy PJJ « accroche » mieux avec certains détenus (lors des arrivées, des ateliers, etc.) mais elle n'a pas le droit de les suivre et doit les orienter vers sa collègue => refus de prise en charge par le jeune car il n'a pas envie de se livrer à une autre personne. Difficile pour lui d'avoir à faire à différents professionnels (cf. question du « transfert » en psy)

Ex d'une jeune fille angoissée qui demande de l'aide à la surveillante. Celle-ci appelle la psychologue PJJ puis se fait taper sur les doigts car c'est le rôle de la psychologue de l'UCSA.

CPU où les professionnels se retrouvent pour échanger mais surtout sur les détenus les plus visiblement compliqués (automutilation, violence). Beaucoup d'entretiens de couloir.

Pluridisciplinarité mais difficulté de communication avec l'UCSA (culture différente, secret médical # secret partagé => les professionnels PJJ sont tenus de faire des rapports aux juges donc les professionnels de l'UCSA ont peur des fuites (importance de la confiance pour l'effectivité de la prise en charge). La psychologue de l'UCSA a des liens avec les éducateurs qui la sollicitent.

L'éducateur trouve que l'UCSA ne l'aide pas à « affiner sa prise en charge » (par exemple, il ne va pas lui indiquer que son projet de sortie n'est pas viable au vue de ce que le mineur lui a confié) alors que le regard clinique de la psychologue PJJ l'aide.

Formations :

Pas de formations spécifiques mais plutôt motivation personnelle pour travailler avec les mineurs. Parmi les éducateurs, il y a beaucoup de contractuels (plus de 10 sur 36) éducateurs spécialisés (qui peuvent ne jamais avoir travaillé avec des jeunes)

Formations continues proposées sur la base du volontariat.

Moyens/actions :

Unité arrivant (5 à 7 jours) où le médecin psychiatre vient faire une évaluation, prescrire un traitement, prévenir de la dangerosité, du risque suicidaire. Il « sélectionne » ceux qui pourront faire l'objet d'un suivi par la psychologue.

Suivi par la psychologue de l'UCSA

Ateliers divers : groupes de parole, d'expression, d'arts plastiques

Grand nombre d'activités

Pas d'activités thérapeutiques

Evaluation/efficience de cette action ? Axes d'améliorations ?

Les objectifs / « idéaux » de la détention « écrasent » les objectifs éducatifs (sans que ce soit forcément explicite) et ne sont pas forcément adaptés

Objectifs différents selon les professionnels. La PJJ préfère la « crise » (de larmes, de nerfs) que l'hyperadaptation => un travail est alors possible avec eux.

2°) L'incarcération comme facteur de protection de la Santé Mentale :

Buts de l'incarcération

- Sanction : privation de liberté et autres
- Réinsertion : beaucoup d'occasions qui ne seraient pas aussi faciles à l'extérieur (ex : 2 diplomes d'entraîneur de foot)
- Travail sur l'acte : peu de temps pour cela / beaucoup de moyens mis en œuvre concernant le meurtre car les détentions durent plus longtemps.

L'incarcération comme levier de protection de la Santé Mentale

L'incarcération offre un « contenant » et une régularité. Le mineur est « materné » (présence des éducateurs 24h/24 qui répond aux angoisses, attentes, exigences), il est occupé tout le temps, n'a pas le choix de se lever ou non pour aller à l'école, tout est encadré et cela peut être très rassurant. Mais dehors, il y aura des contraintes, des frustrations qu'il n'aura pas appris à gérer. L'incarcération ne lui apporte pas la maturité, l'autonomie, la confiance dont il aurait besoin pour se construire. L'objectif de réinsertion est un leurre. C'est une commande publique qui se concrétise superficiellement / en façade : le jeune doit avoir un projet de sortie, s'insérer dans des activités scolaires, sportives et autres. Il y a moins de place qu'avant laissée à la parole, au temps nécessaire à la reconstruction. Le rôle de l'éducateur est réduit à celui d'animation et d'application des peines. Son point de vue en matière de prise en charge a du mal à être entendu. Les spécificités de l'adolescence ne sont pas prises en compte suffisamment.

La notion de « rupture » avec le milieu d'origine, les habitudes, l'entourage est une notion « à la mode » alors qu'elle aurait été intolérable il y a quelques années.

Suivi post-carcéral

Les projets de prise en charge s'arrêtent à la sortie du détenu. Pas de mise en relation prévue avec des psy à l'extérieur.

Peu de sorties « sèches » => peu de suivi sauf si les parents sont impliqués ou si le jeune est motivé (mais pas de retour).

S'ils sortent en CEF, ils auront des psy à disposition.

Les injonctions de soins ne concernent que des actes graves sur un temps défini.

3°) L'adhésion aux soins conditionne l'effectivité de la prise en charge :

Démarche pour susciter adhésion aux soins ? Quelle proportion adhère ? Si résistance, quelles stratégies ?

Les parcours institutionnels des mineurs détenus sont souvent très longs. Ils ont rencontré beaucoup de psy (dans d'autres structures, pendant l'expertise judiciaire). Les psy sont stigmatisés et les jeunes pensent qu'ils arrivent à les manipuler.

La présence de la psychologue aux ateliers peut permettre de développer une relation d'échanges dans un autre cadre que le face à face.

Les moyens sont sous utilisés (la psy PJJ n'a pas le droit de faire des suivis). Plus de jeunes adhèreraient à une prise en charge si on leur proposait.

Place de la famille

Les parents ne sont pas au courant de ce qui a été mis en place pour prendre en charge la santé mentale de leur enfant.

La psychologue peut organiser des « parloirs médiatisés », sur proposition de l'éducateur et acceptation du mineur et des parents, quand un problème de communication a été détecté.

Il y a une maison des familles à côté de l'EPM où les familles peuvent demander des entretiens avec la psychologue.

Les éducateurs ont des entretiens téléphoniques réguliers et font des visites à domicile.

Divers :

Différences EPM –QM :

La séparation des majeurs et des mineurs est une réelle avancée mais se pose le problème du contenu de l'accompagnement éducatif dans les EPM. Les éducateurs sont en vase clos, ne bénéficient pas de la vigilance de leurs pairs et finissent par se fondre dans le moule de l'administration pénitentiaire.

Les EPM ont apporté de meilleures conditions d'hygiène pour les détenus et de meilleures conditions de travail matérielles pour le personnel. Mais l'éducateur rencontré trouvait que la prise en charge des mineurs était meilleure en QM. En EPM, le projet de prise en charge « assomme » les mineurs, il est trop standardisé, on nie les spécificités de la personnalité du mineur, des étiquettes lui sont colées et étouffent la prise en charge éducative.

Dans les EPM, les professionnels s'adaptent aux mineurs, à leurs exigences, à leurs angoisses alors qu'en QM, ils sont beaucoup moins « maternés ». Ils doivent solliciter des entretiens, construire leur projet.

En EMP, toutes les activités sont effectuées en collectivité alors qu'en QM, les entretiens individuels sont privilégiés.

Filles dans les EPM :

Dans beaucoup d'EPM, les unités prévues pour les filles ont été fermées. Elles se retrouvent souvent avec des femmes d'âge mûr en détention traditionnelle.

A Lavour, il existe une unité pour filles d'une capacité de 5 places et une nurserie. Mais toutes les activités sont mixtes. Elles subissent les insultes et les hormones en ébullition des autres détenus. Leur féminité est brimée pour ne pas attirer des regards et par manque de moyens.

Le juge rencontré est un magistrat du parquet chargé de l'application des peines. Il a été en charge des mineurs il y a de nombreuses années, et a été le 1^{er} magistrat à se rendre à l'EPM de Lavaur après son ouverture.

1°) La prise en compte de la notion de Santé Mentale est porteuse de potentialités pour le mineur détenu :

Le magistrat nous a indiqué qu'il n'y avait rien de spécifique dans le domaine de la prise en charge de la santé mentale pour les mineurs, et qu'aucune structure n'assure aujourd'hui une prise en charge convenable dans ce domaine.

L'intervention de différents professionnels, dans la prise en charge des mineurs, conduit souvent à des échanges qui ne peuvent être réellement positifs en raison de leurs représentations différentes, chaque professionnel ayant ses propres codes.

Il considère, par ailleurs, qu'à certains moments, il est possible de s'autoriser à penser à la place du mineur en le mettant sur le bon chemin - celui qui lui conviendrait le mieux - pour la préparation de son projet.

2°) L'incarcération est un facteur de protection de la Santé Mentale :

Buts de l'incarcération :

- Si un crime a été commis par le mineur : punition
- Si un délit a été commis par le mineur : l'incarcération est apparue comme le dernier recours pour le magistrat.

Si l'intéressé est incarcéré, c'est qu'il a commis de nombreux délits auparavant et que les réponses passées se sont révélées inadaptées. Il y a un effet de neutralisation avec l'incarcération. Auparavant, cette fonction était largement privilégiée, tandis qu'aujourd'hui y sont associés des éléments éducatifs. Dès lors, le but devient la resocialisation de ces mineurs privés de liberté par la pratique du sport, le suivi des cours scolaires, etc... Il s'agit désormais de travailler sur la relation avec autrui, et d'installer dans leur vie quelques éléments positifs, par le biais des mesures éducatives, afin de les conduire à changer leur comportement.

Le magistrat rencontré considère qu'il faut toujours rechercher, dans le comportement du mineur, une cause liée à son environnement (conditions sociales, ou a pu être victime de discrimination, par exemples) car la cause peut expliquer ce comportement, même si elle ne le justifie pas.

Le Juge des enfants est, en principe, informé du suivi post-carcéral.

La vision du parquet est, cependant, souvent, moins éducative que celle du Juge des enfants.

Les alternatives à l'incarcération privilégiées :

La réforme récente, avec la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009, a créé un régime d'aménagement de peines particulièrement favorable pour les personnes détenues, majeures et mineures. Le Juge des enfants est également compétent en matière d'application des peines pour les mineurs (contrairement aux majeurs où un seul et même magistrat ne peut suivre l'ensemble du dossier d'un délinquant).

Dans tous les cas, le Juge des enfants vise prioritairement toute autre solution que l'incarcération du mineur car, dans son esprit, c'est l'intérêt de l'enfant qui prévaut. Pendant longtemps, la parole du mineur n'a pas été prise en compte, ce qui n'est plus le cas aujourd'hui. Le magistrat ne décide donc pas toujours l'incarcération du mineur. Il recherche souvent l'accueil dans une structure plus adaptée.

Si le Juge des enfants peut parfois avoir le sentiment d'avoir peu d'emprise sur certains jeunes qui ne montrent aucune crainte face à une potentielle incarcération, il s'attache toujours, malgré tout, à essayer de le préserver en recherchant une solution alternative. Le discours serait totalement différent face à un majeur qui adopterait un tel comportement.

Toutefois, le risque est que le mineur ait, dès lors, le sentiment d'entrer dans un cycle d'impunité, ce qui ne serait alors pas lui rendre service. Une incarcération de l'ordre de 15 jours peut parfois être un juste milieu. Au-delà, l'incarcération pourrait le valoriser dans le milieu délinquant.

3°) L'adhésion aux soins conditionne l'effectivité de la prise en charge :

Le magistrat insiste sur la difficulté, pour le mineur, d'accepter le cadre médical.

L'intolérance à la frustration arguée par certains professionnels n'est cependant, selon lui, pas propre aux mineurs. Elle existe également pour les majeurs, même non incarcérés.

Il évoque également le problème de l'atteinte au secret médical avancé par certains médecins pour ne pas répondre aux demandes des juges (ce qui est différent s'ils sont commis à titre d'experts).

La question de l'injonction de soins :

Le Juge des enfants peut prononcer une injonction de soins dans le cadre d'une liberté surveillée et dans le cadre d'une assistance éducative. Un médecin spécialisé peut également formuler une demande visant à restructurer le jeune. Le rôle du Juge des enfants est alors de palier un manque.

Cependant, il est toujours difficile d'imposer une obligation de se soigner. Dans le cadre d'une obligation de soins, l'intéressé ne vient effectivement pas librement consulter un médecin, mais est contraint de le faire ce qui n'a, de fait, pas le même impact.

Hypothèse 1 : La prise en compte de la santé mentale est porteuse de potentialités pour la construction du mineur

1. Le concept de santé mentale

La médecin psy rencontrée définit le concept de façon assez simple : il s'agit tout simplement de se « sentir bien », sans angoisses particulières. Selon elle, il est fondamental d'agir de façon préventive, de façon à éviter les passages à l'acte et les situations de crise. Elle remarque que lorsqu'elle ne peut pas rencontrer les mineurs de façon hebdomadaire comme d'habitude, des situations de crise surviennent peu de temps après. Il est donc fondamental d'assurer un suivi régulier des patients de façon à préserver leur santé mentale.

2. Les intervenants dans la prise en charge

3. Les moyens et actions mis en œuvre

1^{er} RDV proposé systématiquement à tous les arrivants (ils ont la possibilité de refuser). Seuls 20% engagent ensuite un suivi thérapeutique régulier au cours de l'incarcération.

Il n'existe pas de procédure d'injonction de soins pendant l'incarcération, seulement une incitation aux soins par le biais des remises de peine et aménagement de peines. Cependant, les détenus n'ont aucune obligation de rencontrer le médecin psy.

4. La formation des professionnels

Question évoquée : la formation du personnel soignant dans les UCSA. Les IDE ne bénéficient d'aucune formation spécifique aux troubles psy (seulement au cours de leur formation initiale, pas de formation supplémentaire à la sortie). Mais selon le médecin le plus important demeure avant tout **l'expérience** vécue au contact de populations marquée par des troubles psy. Elle constitue un véritable atout, notamment pour faire de la prévention et détecter les troubles en amont.

5. Changements et évolutions

S. Le Lann ne voit pas de changements ou évolutions majeures dans ce domaine.

6. Fonctionnement des structures

7. Evaluation des prises en charge

Hypothèse 2 : L'incarcération est un facteur de protection de la santé mentale

Point de vue du médecin rencontré : NON ! La prison ne peut être vécue de façon positive sur le plan de la santé mentale (contrairement au plan somatique où elle peut constituer un 1^{er} lieu de prise en charge). Certains la supportent très mal, notamment du fait des violences au sein de la prison (rackets, bagarres, gros enjeux autour du trafic de tabac...) Elle s'avère particulièrement dangereuse pour les détenus psychotiques, lesquels se retrouvent souvent victimes des autres. On peut alors parler de « psychose carcérale ».

MAIS la prison peut s'avérer très structurante du fait de :

- la scolarisation obligatoire
- le nécessaire respect envers les surveillants + respect des règles (malgré le trafic de cigarettes)

Le suivi post-incarcération : il est rarement proposé aux mineurs sortant de prison. Si la prison peut constituer une 1^{ère} étape dans la prise en charge psy, elle est rarement suivie d'effets. Cela est dû au fait que la durée moyenne de séjour est très courte, une relation de confiance avec le thérapeute n'a donc pas le temps de s'établir. De plus, il est assez stigmatisant, chez les jeunes, d'aller chez le psy (or la question de l'image demeure essentielle chez eux).

Hypothèse 3 : L'adhésion aux soins conditionne l'efficacité de la prise en charge

1. La recherche de l'adhésion du mineur

Si les détenus refusent un suivi suite au premier entretien, le médecin psy les relance régulièrement afin de susciter une adhésion aux soins. Pour les détenus à tendance suicidaire, la psy intervient à la demande de l'administration pénitentiaire (souvent en situation de crise).

Le médecin psy estime que seulement 10 à 20% de la population carcérale mineure ne va pas bien (est dépressive). Il précise cependant que cela peut être très variable d'un établissement à l'autre (de 20 à 70%).

2. La place de la famille

Les mineurs détenus sont très peu visités, parfois sur conseil des éducateurs. Les médecins psy ne les rencontrent jamais.

Autre thème abordé : les spécificités de l'adolescence et plus particulièrement des ados détenus

Immaturité, impulsivité, gros décalage entre le corps et l'esprit (ils ont un physique d'adulte et un mental d'enfant de 10-11 ans). Ils sont marqués par d'importantes carences éducatives, affectives et symboliques (absence de la figure du père ou de la mère souvent). Beaucoup d'entre eux ont subi des maltraitances, incestes, violences, décès... Ils sont également marqués par un vécu persécutif (ils se sentent très vite agressés).

Les mineurs présentent beaucoup moins de pathologies d'ordre psy que les adultes. Cela s'explique par le fait que les pathologies (du type bipolarité ou troubles du comportement) ne sont pas encore diagnostiquées (elles le sont en général vers 18-20 ans). Ils souffrent plutôt de troubles psychopathiques dont les manifestations sont : parcours chaotique et nombreux passages à l'acte délictueux. Le médecin psy rencontré précise que l'incarcération permet justement d'éviter de nouveaux passages à l'acte.

Le médecin voit des similitudes entre les spécificités des mineurs détenus et celles des femmes détenues. Il s'agit dans les deux cas d'une population qui demande une attention particulière. Il a du mal à l'expliquer cependant.

De ce fait, les méthodes de travail doivent être adaptées. S. Le Lann explique qu'elle doit se montrer plus dirigiste, plus « maternante ». Le fait que la figure des parents soit encore très présente (symboliquement (malgré les carences évoquées plus haut) et légalement) est un facteur à prendre en compte dans le travail thérapeutique.

Quelles ambitions à la mise en œuvre des EPM ?

- Une réponse **aux obligations européennes (respect des droits des enfants) : RPE²⁶**
 - o **Séparation** des mineurs ;
 - o Abaissement de **l'âge** d'incarcération.
- Un compromis politique entre répression et humanisation :
 - o Rapport de force entre PJJ et ministère de la justice ;
 - o **inflation des délits réprimés mais humanisation** des conditions de détention.

Quel rôle pour la santé mentale dans le projet EPM ?

- **SM absente des débats :**
 - o **Emprise psychiatrie adulte** et absence de pédopsychiatres ;
 - o **Absence d'intérêt** de la part des psychiatres pour la question ;
 - o Troubles difficiles à détecter et de besoins à cerner :
 - **Troubles du comportement « camouflés par l'incarcération »** ;
 - Une **prise en charge précoce limitée** (fait de **l'âge + grille somatique « plaquée »** des adultes vers les enfants)
 - Psychoses concernent peu de détenus ; **cas marginaux chez les mineurs.**
 - **« pas de demande »** de la part des mineurs (« Spontanément, il n'y en a pas ; **elle peut être créée.** »).
- **Des acteurs institutionnels qui « n'y connaissent rien ! » :**
 - o **Des interlocuteurs choisis par le gouvernement** qui ne connaissent pas le psychisme des adolescents incarcérés ni le fonctionnement des structures :
 - **Commission VARINARD 2009²⁷** : intègre 2 pédopsychiatres n'ayant pas exercés en milieu carcéral ;
 - **Protocole formation pré/postsuicide** : évaluation efficacité auprès de 5 surveillants donne 4 « rien retenu » et 1 « retenu 2 mots ».
 - o **PORCHEVILLE : un établissement alibi pour une population méconnue :**
 - **L'architecture** reproduit le cadre de vie de banlieue (« la barre ») :
 - « ils ont reconstitué à **l'identique les conditions de vie des zones de recrutement.** » ;
 - disposition des locaux du psychiste qui place le jeune face à la barre : « - A quoi tu penses ? – A la prison ! » ;

²⁶ Circulaire de la DAP du 14 janvier 2009 relative à la poursuite de l'implantation progressive des RPE dans les établissements pénitentiaires selon 5 priorités définies pour leur capacité à faire évoluer le système pénitentiaire

L'année 2008 a été marquée par la stabilisation du référentiel d'application des **règles pénitentiaires européennes dans le système pénitentiaire français (RPE)** et la constitution d'une première liste d'établissements susceptibles d'être **labellisés**.

(...) 6 priorités d'action ont été dégagées pour l'année à venir.

1. **La généralisation de la séparation des prévenus et des condamnés à l'ensemble des maisons d'arrêt et quartiers maisons d'arrêt (...)** 2. **La mise en conformité de la procédure d'accueil des arrivants avec les engagements pris dans le référentiel RPE**

La procédure de prise en charge et d'accompagnement de la personne détenue durant la phase d'accueil (...)

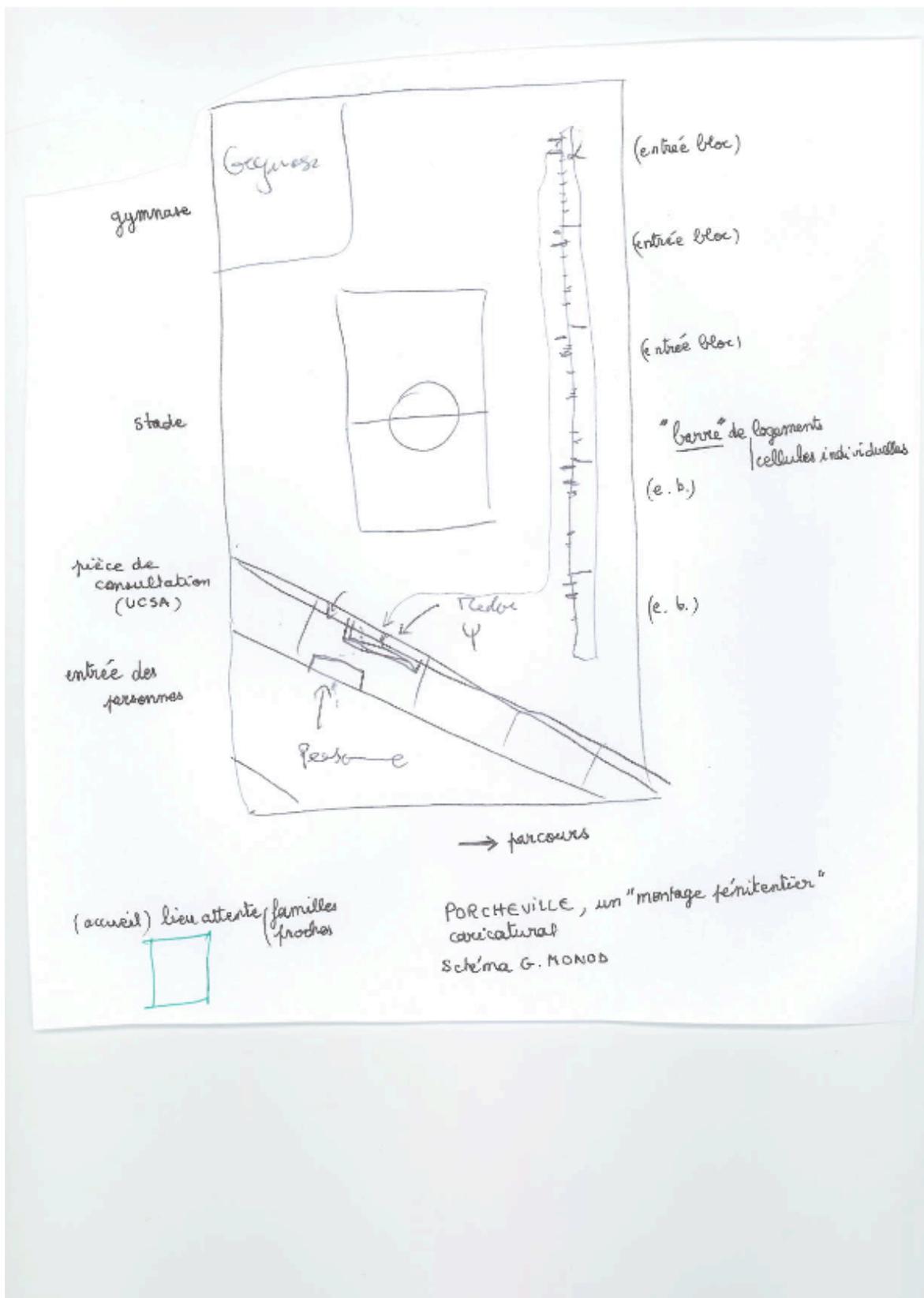
- le respect d'une **véritable procédure d'accueil formalisée** et conduite par des personnels formés ou sensibilisés à cet égard ;

- une **prise en charge pluridisciplinaire** de la personne détenue dès les premiers temps de son incarcération permettant **d'évaluer son profil et d'identifier ses besoins sur le plan sanitaire, psychologique, social et matériel.**

(...) véritable bilan individualisé de la personne détenue (dangerosité et vulnérabilité notamment). A ce titre, une **commission pluridisciplinaire unique (CPU) consacrant le caractère pluridisciplinaire de l'évaluation** doit être créée dans chaque établissement ;

Ces exigences organisationnelles garantissent le respect de la dignité et des droits de la personne. Elles répondent également aux **impératifs de santé, d'hygiène** et de sécurité. Par ailleurs, elles ont vocation à atténuer le choc carcéral lié à la privation de liberté (...).

²⁷ <http://www.syndicat-magistrature.org/Commission-Varinard-une-vision.html>



- **Ajout de barrières cour/fenêtres** : grillages et « caillebotis »
 - **Ne pas voir le passage** du jeune vers UCSA ou sortie (même endroit) ;
 - **Éviter le « caillassage »** pour les autorités, **comme en cité**.
- **Excès issus d'un fantasme/idéal inadapté** :
 - **Programme scolaire et éducatif « surchargé »** : 20 h/sem pour une population déscolarisée ;
 - Réflexion sur 1.5 an (avec psychologue mais pas pédopsychiatre) qui achoppe dès le départ :

- Repas pris en commun : abandon rapide ;
- **Problèmes de recrutement** d'éducateurs :
 - **Formation PJJ** en sus **abaissée** de 2 à 1 an ;
 - Attendus pédagogiques réduits à : « on veut des éducateurs qui occupent les jeunes » ;
 - Contrats de 6 mois/**CDD de personnes doublement inexpérimentées (adolescents, prison)**
 - **Culture du milieu ouvert réfractaire.**

Comment les « psychologues » s'approprient-ils la mission de SM auprès des jeunes incarcérés ?

- Des **enjeux dogmatiques préjudiciables** : « **chacun fait comme il veut !** »
 - A l'adaptation des réponses à la population mineure ;
 - A la réflexion collective et la capitalisation des expériences ;
 - **Tours d'ivoire et réticences au formalisme** parmi les écoles de pensée : « ils ne veulent pas qu'on aille voir ce qui se passe » ;
 - **Réticences culturelles à la coopération** : exceptionnelle présence en **CPU**/commission pluridisciplinaire unique (EN/PJJ/UCSA/SMPR) ;
 - **Perception floue par les jeunes** : « les jeunes ont peur d'aller voir un psychiatre mais ne font pas la différence entre psychiatre et psychologue ».
- **2 motifs d'appel principaux** cadrés :
 - **Crise suicidaire** : beaucoup de protocoles, une question « théoriquement réglée » ;
 - **Actes de violence** : réponse du **Quartier disciplinaire** ;
- « **La SM, ça ne fonctionne pas** » :
 - Psychiatre « **pas à sa place** » dans un univers carcéral :
 - Psy. **pas intégré** car même les syndicats professionnels (PJJ) opposés à leur participation en CPU
 - Corporation divisée ;
 - **Détournement** des PEC SM par l'administration pénitentiaire : **utilisation du quartier disciplinaire « pour les chiants »** et non dans le cadre de violence ;
 - **Violences sexuelles : prégnance de l'inhibition**
 - Pas d'enseignement en pédopsychiatrie ;
 - Un **risque réel** et double en prison **non/mal évalué** :
 - Violences entre mineurs : « il y a des choses qu'on ne sait pas » ;
 - Absence de plainte des victimes ;
 - Age des découvertes des sens (surveillance, isolement, « flou » de **PORCHEVILLE/table de massage** : « **les gens ne réfléchissent pas** »).

Quelle place pour la famille ? « La famille, c'est le problème ! »

- **Ambivalence** :
 - Ce qui fait tenir les mineurs or temps de séparation ;
 - Peut poser problème en elle-même (pathogène).
- « **bricolage** » :
 - Expérience MA de Nanterre d'accueil par la Direction (réunion collective) ;
 - « **rien de prévu** » pour accueillir les familles, pas de temps, pour le **psychiatre**.

Tout reste à faire...

- Meilleure **connaissance des troubles psychiques chez les mineurs** (incarcérés ou non) : absence de travaux ;
- **Réponse en termes quantitatifs** ;
- Prise en compte des contraintes car « **le carcéral, c'est dur !** » :
 - Attractivité des **rémunérations** pour les psychologues ;
 - Perte de **temps** (adolescents ne se présentant pas).

OBSERVATIONS CLINIQUES par Dr. G. MONOD, pédopsychiatre

Synthèse d'un texte proposé par la personne interrogée, d'après une proposition de formation de professionnels en milieu carcéral pour mineurs.

« Un milieu cadrant, sévère mais juste qui peut être plus nourricier et juste que le milieu familial »
Evolution psychique du mineur incarcéré

Une construction théorique, donc sujette à variations individuelles, repérant 4 étapes parmi lesquelles le **phénomène d'usure (occasion d'une approche clinique)** et le choc de la **sortie** (angoisse massive et explosions les jours ou semaines précédents) méritent plus d'attention que le choc de l'incarcération.

Epidémiologie des pathologies (santé mentale)

Souvent une extrapolation des données observées sur les populations adultes. On note surtout **l'absence de pathologie spécifique à l'incarcération** ; par contre, des mécanismes de défense psychique prennent une importance majeure, souvent étiquetés en « troubles du comportement ».

A retenir :

- La défense hypomane à type de jeux (lier à la recherche d'affection (substitut de carences) et à l'érotisme (ersatz) ;
- **les comportements « ordaliques »** ;
- **la fausse assurance (« prestance de couloir »)** ;
- divers « clivages » à rapprocher à la dépression qui passent souvent inaperçue.

Travail clinique

Des **problématiques fréquentes mais pas de cadre clinique type** ou spécifique du milieu carcéral face à une **très grande diversité d'approche professionnelle** : travail sur les **deuils** familiaux, le sur moi « sadique », autour des agressions sexuelles mais peu ou pas de cliniciens s'intéressent aux conduites « **ordaliques** » soupçonnées pourtant comme fréquentes (amplifier le jugement par le caractère exceptionnel et périlleux, « savoir si on peut résister à la destruction et à la mort », conduites sans lien avec des états mélancoliques ou dépressifs).

Découverte de l'ambivalence en milieu carcéral

L'expérience de la **réussite scolaire**.

Les **surveillants**, clé de voute : **ambivalence de la figure à l'image du parent** : contraignant mais maternant ; pas tous mauvais ; lieu d'interdit de la maltraitance contrairement à certains univers familiaux.

La posture de tous les professionnels : une **présence étayante** qui s'entend dans la **description** des mineurs comme étant encore des « **enfants** ». Usage de l'**humour** plus que de la politesse.

Dépistage du suicide : un faux problème

Souvent bien repéré par les surveillants, **l'interconnexion** des causes de souffrance menant aux TS – incarcération, **parcours de vie, réactivation de traumatismes**- nécessite plutôt de disposer d'éléments **biographiques** sur toute la vie (non faits pénaux).

Notion de santé mentale :

Il y a deux aspects dans la santé mentale :

- des critères objectifs : le jeune est intégré dans la société, a un emploi, ou une formation, des liens familiaux, etc.
- un aspect plus subjectif avec la notion de bien être, de bonheur.

De manière générale la santé mentale intègre un champ pluridisciplinaire, tant social que somatique.

Professionnels :

Les professionnels concernés sont les travailleurs sociaux et éducatifs (éducateurs, assistant social, enseignants), les professionnels soignants : du médecin généraliste jusqu'au psychiatre.

Ils peuvent intervenir sur différents circuits. :

le dispositif de droit commun comme l'école.

des dispositifs plus particulières comme l'enfance en danger ou la délinquance des mineurs (ordonnance 45).

La formation peut être soit PJJ, soit ASE, soit médicale, thérapeutique, éducative. Elle est donc très variée.

But de l'incarcération:

Avant d'en arriver à de l'incarcération, le juge des enfants propose des mesures éducatives, puis des sanctions éducatives. Si les différents accompagnements n'ont pas fonctionné, le juge peut prononcer l'incarcération.

Pour la justice l'incarcération d'un mineur vise à **le protéger**. En l'éloignant de son groupe de pairs et du lieu où il commet les infractions.

Le deuxième aspect où le juge prononce l'incarcération est pour **faire prendre conscience** au mineur de la gravité des actes posés : "une visée électrochocs".

Incarcération comme levier de protection de santé mentale :

Les mineurs sous protection judiciaire peuvent se voir imposer des soins dans le cadre de mesures judiciaires types :

- S.M.E (sursis mis à l'épreuve),
- mesure post sententielle,
- C.J (contrôle judiciaire)
- mesure pré-sententielle. (obligation d'aller au SMPR, d'aller dans des association de lutte contre les addictions.

Selon la problématique du jeune, les orientations thérapeutiques sont proposées par la PJJ et validées par le Juge des enfants.

Sans en arriver à l'incarcération, la justice peut prendre en compte la dimension thérapeutique. Mais une question émerge : est ce que le jeune investit ses soins, ou les subit-il ?

Adhésion aux soins :

En détention, de fait, si le jeune se présente au service médical, il entreprend une démarche de demande "d'aide", sans le verbaliser forcément comme tel.

Lorsque les soins sont imposés pour les addictions, il est possible de contrôler le respect des obligations par le biais de prise de sang.

Pour les problématiques sexuelles les simples justificatifs d'entretiens avec le médecin ou le psychiatre suffisent pour considérer que des démarches de soins sont effectuées.

Les problématiques et les personnes sont différentes et la prise en charge doit s'adapter.

Ce qui est le plus judicieux est d'intervenir de façon pluridisciplinaire (éducatif, médical, psychologique, etc.)

Il est intéressant de partir d'un support, d'une activité sportive ou d'un atelier de création pour communiquer avec le jeune et lui permettre de communiquer sur des éléments qui le concerne en fonction de ses problèmes : hygiène, image de soi, règles sexuelles, rapports aux autres, addictions, etc.

Par exemple, lors d'un atelier d'équitation, on peut travailler sur le respect des règles de sécurité à cheval, car les jeunes qui ont commis des délits commettent des transgressions de la règle sociale. Travailler sur le respect de l'animal, le soin du corps de l'animal, le rapport de son corps avec celui du cheval. Faire un spectacle équestre signifie que le jeune va se confronter au regard des autres, donc montrer une image de lui. A partir de là, il est possible de travailler sur une meilleure estime de soi. Bref tous les acteurs peuvent ou doivent intervenir, mais cela doit se réaliser autour d'un même axe de travail.

La prise en charge thérapeutique se fait au quotidien.

Population mineure incarcérée

- Mouvements contraires récents (10 ans) : hausse de la délinquance//aggravation du dispositif répressif MAIS baisse de l'incarcération (- 50 %) ;
- Nouveaux dispositifs : CEF, vase communiquant de EPM.

Objectifs de l'incarcération

- « On ne peut se contenter de réprimer » : réintroduire les éducateurs en conformité avec la loi ;
- Analogie avec la sanction au sein d'une famille (portée éducative).

Bénéfices des « activités »

- Critique des syndicats professionnels un surcroît d'activités
- Réalité d'un besoin :
 - o 80 % des motifs de mutinerie (protestation contre le manque d'activité)
 - o Briser un mode de fonctionnement mental où « ils sont emprisonnés » ; l'incarcération « reproduit leur fonctionnement » ; les aider à « sortir de leur coquille » ;
 - o Scolarité, porteuse pour des mineurs en décrochage (exemple de celui qui refuse de sortir de la classe à la fin des cours).

RELATIONS : un système radical d'opposition des psychiatres...

- « Séparation étanche autour de principe(s) » :
 - o « traiter comme quelqu'un de libre » ;
 - o « la prison inflige des raisons supplémentaires » de soins
- « soigner contre la prison » :
 - o Etendre aux mineurs, par extension du secteur des majeurs ;
 - o Ne pas reconnaître le mode d'engagement des éducateurs (« schéma protectionnel thérapeutique nécessitant liens approfondis avec psychistes).

MAIS une collaboration pragmatique sur le terrain avec les éducateurs « au moment où ils auraient le plus besoin de retrouver leur rapport aux soins (SM) » :

- Ex de Grâces/Rendue possible par le lien hiérarchique extérieur à l'administration pénitentiaire (secteur soit SMPR et non « UCSA, jugée trop éloignée d'eux, hostile ») : expérience de consultations conjointes psychiatre/éducateur ;
- Ex de Porcheville/statut libéral du psychiste permet par « souci clinique de compenser, de dépasser les clivages » en partageant (quelles modalités ?) les attentes des acteurs de la PJJ, demandeur d'une compréhension du mineur.

vendredi 1er juin 2001

Sophie Royer, psychologue clinicienne à l'UCSA de la maison d'arrêt de Besançon

La prise en charge psychologique des mineurs incarcérés serait un défi, mais il y a lieu de s'interroger pour qui ? pour le psychologue ? pour les mineurs ? pour l'administration pénitentiaire ?

Etat des lieux : J'ai pris mes fonctions en juillet 2000, pour un premier poste en milieu pénitentiaire, à temps plein. La période estivale m'a permise de m'installer tranquillement et de prendre contact avec ce milieu si particulier. ...Très vite néanmoins, j'ai eu entre autre, la responsabilité de prendre en charge les mineurs incarcérés. A mon arrivée une douzaine de jeunes étaient présents. Avec l'accord du psychiatre du service, nous décidâmes que j'assurerais seule les entretiens entrants des jeunes de manière à prendre contact avec eux et leur assurer de ma disponibilité pour les rencontrer en priorité. Quel ne fût pas mon étonnement en constatant qu'il n'existait pas officiellement de quartier mineurs sur Besançon (même s'il existe des projets de construction). Je pris aussi rapidement contact avec les deux surveillants qui assuraient l'encadrement des jeunes, de manière à les sensibiliser à mon intervention spécifique. Ils me décrivent une **population difficile à « manager »** d'autant plus qu'il existe cette proximité avec les majeurs. Au gré de mes rencontres, j'ai pu entendre certains agents témoigner de la difficulté à travailler dans un quartier mineur, voire de la hantise d'y être affecté en remplacement. Progressivement, **je réussis tant bien que mal à instaurer une consultation systématique avec les mineurs arrivants, suite à ce que je nommerais des résistances de l'administration pénitentiaire.** De plus les locaux exigus de l'UCSA ne me facilitèrent pas vraiment la tâche. A compter de septembre je décidai de mettre en place, parallèlement aux **réunions bimensuelles qui regroupent la Protection Judiciaire de la Jeunesse, les Magistrats, l'Administration Pénitentiaire, les services sociaux et l'UCSA**, une réflexion régulière avec la participation de tous les intervenants auprès des mineurs. J'invite donc toutes les personnes qui gravitent autour du mineur à se retrouver pour évoquer avec son éducateur référent sa situation passée, actuelle et son avenir. Un **véritable travail de partenariat** a été mis en place avec la plupart des personnes intervenant autour de ces jeunes (éducateurs, infirmière, assistants sociaux, directeurs d'établissements, SPIP, PJJ, CAEh, SEAT...). Ces rencontres m'ont permis non seulement de rompre l'isolement dans lequel je me trouvais mais aussi de partager mon expérience unique. **Quelle difficile position que celle d'évoluer entre deux logiques l'une pénitentiaire qui est celle de la répression et l'autre de l'hôpital qui est celle du soin. Intervenir en respectant l'articulation soins - justice est très complexe !** Travailler avec les mineurs incarcérés demande beaucoup de temps et d'énergie. En somme, il s'agit presque de l'équivalent d'un mi-temps. A ceci s'ajoute, en ce qui me concerne, la difficulté de travailler à la fois avec des adultes et des jeunes. Il ne s'agit évidemment pas des mêmes problématiques, pas des mêmes demandes (quand elles existent)...

Statistiques : Merci à Marleyne Folletet, stagiaire psychologue pour sa contribution au calcul des statistiques. Depuis juillet 2000, 35 mineurs ont été incarcérés à la maison d'arrêt de Besançon. L'âge moyen est de 16 ans et 1/2. 68% sont là pour des vols, dont 60% assortis d'actes de violence. 16% sont là pour violence, séquestration, violence sur ascendant, outrage à AFP. 10 % sont des auteurs d'agression sexuelle, et enfin 5% sont incarcérés pour des infractions à la législation des stupéfiants. Durée moyenne de la peine : 28 jours. 42 % sont déscolarisés, 21 % reviennent après une première incarcération. 50% ont des parents de culture étrangère.

La délinquance juvénile est universelle. Elle a augmenté de 150 % entre 1985 et 1995. En 1997, les mineurs représentaient presque 20 % des auteurs d'infractions. Cette délinquance augmente plus que la délinquance en général. La criminalité juvénile devient à la fois plus précoce et plus violente. Un jeune nous a confié avoir fait son premier cambriolage à 7-8 ans, avec des adultes. Au départ, les infractions existent surtout contre des biens, puis progressivement elles atteignent les personnes.

Qui sont ces jeunes ? Un mineur sur le plan pénal est un individu de moins de 18 ans. A Besançon, en l'occurrence la Maison d'Arrêt n'accueille que des garçons. **La population des mineurs est à la fois vulnérable et fragile.** Au niveau de leurs profils, ce qui marque chez ces jeunes, c'est la **persistance d'une mentalité infantile** (comme chez beaucoup d'adultes), un **retard dans l'éveil du sens de la responsabilité et de la prise de conscience** (au premier abord parfois on ne retrouve ni honte, ni remord, ni souffrance apparente liée à l'incarcération). Les faits qui les ont conduits à être incarcérés sont banalisés, niés, et nous retrouvons les mêmes mécanismes observés chez les adultes incarcérés. Avec les mineurs accusés d'agression sexuelle, l'acte reproché est insupportable et les coupables sont des enfants. Le travail du psychologue visera là à survivre. Pour une majorité d'entre eux, **le milieu familial est difficile, pauvre en limites instaurées** (réactions familiales quand 1er délit extrêmement diversifiées : réaction abusive, excessive, démission des parents, ou approbation, voire indifférence), peu de communication entre tous les membres de la famille. Les parents sont souvent séparés, avec des mariages multiples, les familles recomposées, éclatées, mixtes, avec des jeunes à cheval sur deux cultures. Tout cela pose la question des **problématiques identitaires avec des enfants en manque de repère.** Le père est absent dans la majorité des cas, ou ne reconnaît pas son enfant. Ainsi, l'adolescent psychopathe en reste à répéter la carence du

père à incarner la loi (Yves Morhain, Journal des psychologues, « Violences d'adolescent dans un monde de désenchantement, juin 1997). Il appelle la loi en la transgressant, agit au lieu de parler, et demande l'impossible par le recours à la violence. **Il est un être déchiré, à la fois victime et bourreau.**

La place du psychologue : Prendre en charge des mineurs incarcérés est une tâche difficile, étant sollicité de toute part, renvoyé régulièrement à nos limites propres, à notre condition d'être humain. Travailler avec des mineurs nous titille dans nos rapports intimes à la transgression, à l'agressivité, à la violence et peut mettre notre soi-disant souplesse psychique à rude épreuve ! Notre travail mérite réflexion, peut être ici plus qu'ailleurs (pour se désenkyster du présent, prendre du recul et ne pas rester absorbé par notre pratique), et le besoin d'échanger et de rompre l'isolement dans lequel se trouvent les personnes qui ont en charge les mineurs se fait très vite ressentir. **Combien il est dur là, d'accueillir l'Autre... et si un enfant n'est pas écouté, le risque c'est qu'il renonce à sa question (Dolto) et laisse la place au symptôme.** Le même auteur nous disait aussi d'oublier notre savoir quand on écoute un enfant... car il s'agit bien de jeunes ici. Citons aussi Paul Valéry « penser c'est perdre le fil ». **Délinquant vient du latin de-linguo qui signifie rupture de lien. Notre travail c'est aussi de maintenir du lien, voire de retisser un lien, avec le jeune lui-même, son entourage, son éducateur épuisé car à bout de projet.** . . nous pouvons prendre contact avec les familles quand le jeune est d'accord. La violence est inhérente à l'humain mais elle peut être ravageante si elle est impossible à métaboliser, bref si elle n'a plus de sens. La parole peut permettre d'endiguer cette violence intérieure. Winnicott soulignait la notion d'espoir dans l'acte délinquant. Le passage à l'acte, expliquait-il arrive quand la déprivation survient à un moment où justement l'environnement ne doit pas être manquant. La pratique singulière du clinicien intervenant en prison est teintée de frustration. La prison est un lieu d'arrêt ; c'est ainsi qu'on la nomme. On y tombe, c'est la fin de la course dans laquelle sont engagés nombre de délinquants. La mise en détention est une contrainte, c'est-à-dire qu'elle correspond à ce qui entrave la liberté d'action d'un être, soit du dehors, soit du dedans. La rencontre avec un arrivant mineur (c'est ainsi qu'on appelle le nouveau détenu mineur), fait surgir le plus souvent l'insupportable d'avoir été ainsi arrêté. Au bout de quelques jours, le jeune va renouer avec l'action, en allant à l'école, en pratiquant un sport. L'activité est valorisée en maison d'arrêt. **Cet agir ne nous appartient pas, et tend parfois même à contrarier nos rencontres avec le jeune, qui peut hésiter à quitter le foot pour venir nous voir, ou qu'il y ait les résistances des surveillants, qui supportent parfois difficilement les perturbations de l'organisation que nous suscitons** (comme l'interruption de travail, les mouvements de personnel pour aller chercher un détenu et l'accompagner jusqu'à l'infirmerie). Pour en revenir à ce qui fonde notre présence dans ce lieu, qu'en est-il de la parole et de la loi, médiatrices et repères qui n'ont pu que faire défaut à celui qui s'est fait prendre dans les filets de la justice. L'impossible symbolisation qui explique le passage à l'acte de l'adolescent criminel est-il synonyme de l'impossibilité de prise en charge psychologique ? **En maison d'arrêt, la parole est disqualifiée. Le non-dit est la règle, et, en parallèle à la nécessité de maintenir l'ordre, le personnel pénitentiaire réduit ses interventions à des injonctions, la hiérarchie accordant ponctuellement des audiences.** La parole du détenu est a priori marquée du sceau du mensonge : « à les écouter, tous des agneaux, y'en aurait pas un de coupable ». La contestation du règlement est vécue comme une transgression. Etre en infraction peut entraîner « un rapport » qui conduit au prétoire, où, en l'absence de toute défense, l'unanimité du jury est acquise à l'avance. **Etre clinicien auprès de jeunes adolescents incarcérés, c'est aussi reconnaître les limites de nos interventions. C'est appréhender le jeune avant tout comme un sujet pendant que d'autres le repèrent selon l'infraction qu'il a commise et qui l'a conduit à être incarcéré.** Cela suppose de travailler en équipe (se reconnaître dans nos identités professionnelles et nos missions respectives) autour du jeune c'est à dire avec tous ceux qui interviennent avant, pendant et après la sortie, sortie qu'il faut dans la mesure du possible à moins d'une OML (ordonnance de mise en liberté), préparer. C'est **soutenir un projet individualisé pour chaque jeune.** Le travail psychologique visera aussi à **réinscrire le jeune dans son parcours de vie.**

Qui les mineurs mettent-ils au défi ? C'est bien d'adolescents dont nous parlons ici. Or les adolescents selon Mme Descargues Wery, psychanalyste, invitée par l'association de Jean Charmaillé sur Qui l'adolescent met-il au défi ?, ont horreur qu'on les comprenne, ils demandent juste à être rencontrés. **L'adolescent attend tout et ne demande rien.** Le défi, c'est quelque chose autour de la provocation, se surmonter, aller plus loin, mais jusqu'où ? Idée de relever un défi pour un psychologue, c'est se positionner de façon à ce que la demande se maintienne, sachant que rien ne pourra la satisfaire (résister au fantasme qu'un état de complète satisfaction est possible), le temps nécessaire à une élaboration chez l'adolescent. L'adolescent nous demande d'être hyper intelligent, branché, il nous met au défi en nous lançant un t'es pas cap. Heureusement, l'adulte ne correspond bien souvent pas à leur imaginaire, et de ce fait, évite de les enfermer. Il s'agit pour nous de faire jouer la différence, de calmer l'exaltation. **Tenir la place d'un tiers, entre la famille, l'administration pénitentiaire / les juges. La vulnérabilité psychique liée à la fois à leur jeune âge et à la problématique adolescente en pleine action est accrue chez les jeunes détenus.** Au sujet de l'incarcération des adolescents, rappelons Alain Maurion (1990, « incarcération des adolescents, de la contention au traumatisme », revue Adolescence), qui évoque le **caractère traumatique qu'elle représente pour de jeunes individus qui, par essence, sont aux prises avec une problématique narcissique cruciale pendant une période charnière de formation de la personnalité.** Ce que Maurion a nommé le trauma carcéral, représente pour le jeune sujet une blessure avec effraction, et se traduit par un processus de sidération et d'effroi qui le saisit à l'entrée de l'établissement pénitentiaire. L'ado est confronté, toujours selon l'auteur, à l'expérience du vide, à la plongée dans le raptus anxieux, et à la confrontation avec l'emprise de la mort.

Conclusion - La prise en charge psychologique des mineurs à la maison d'arrêt de Besançon, Défi ou pas ? Que vont-ils devenir après leur passage à la maison d'arrêt ? Nous rencontrer, c'est leur donner l'occasion de se raconter. Mais c'est souvent dans l'urgence que l'adolescent vient, et le psy doit faire en sorte que la rencontre tienne, et ce pour permettre d'apaiser l'angoisse. **L'urgence est double, à la fois interne et externe, et le temps de rencontre est bien souvent bref. Rencontrer des adolescents en maison d'arrêt, c'est relever le défi de les écouter, de repérer rapidement leur problématique, tout en ne les recevant en entretien que ponctuellement. Malgré les effets pathogènes du milieu carcéral, il faut reconnaître que, paradoxalement, la prison peut représenter pour certains un lieu propice à une rencontre psychologique. En effet, l'incarcération représente un temps d'arrêt, parfois la seule halte possible dans l'itinéraire de ces jeunes marqué souvent par des rejets successifs de plusieurs établissements qui ont tenté de les prendre en charge.** Toutes ces caractéristiques propres à l'incarcération du mineur, en prise avec sa propre adolescence, parfois l'existence de troubles de la personnalité, de type psychopathique / limite, la présence d'éléments socioculturels, rendent l'approche de ces jeunes difficile, riche à la fois, nous sollicitant dans une écoute particulière et attentive. Nous insistons sur la nécessité qu'existent des **temps de réunion pour une réflexion objective, efficace, les échanges ne pouvant être que fructueux. Psychologue dans une maison d'arrêt consiste à chercher avec le détenu consentant le sens de la peine qu'il encourt.** Pour faire émerger ce sens, il s'agit de dégager éventuellement l'articulation qui existe entre le passage à l'acte commis et le parcours de vie ayant précédé ce passage à l'acte. Il pourra aussi s'agir de réinscrire le délit dans l'histoire individuelle du sujet. Actuellement les prises en charge des mineurs sont individuelles, à long terme nous envisageons d'animer un groupe de parole avec les mineurs, centré sur leurs préoccupations et leur problématique, afin qu'existe un lieu où ils puissent s'exprimer librement et sur un mode collectif sans être jugé. Remettre la parole en circulation dans ce lieu singulier qu'est la détention.

BIBLIOGRAPHIE :

- * **Yves MORHAIN**, Violences d'adolescent dans un monde de désenchantement. Le journal des psychologues, juin 1997
- * **Donald Woods WINNICOTT**, Quelques aspects psychologiques de la délinquance juvénile in L'enfant et le monde extérieur. Paris, Payot, 1957, pp 165 à 174.
- * **Marie Antoinette DESCARGUES WERY**, Qui l'adolescent met-il au défi ? Communication du 18 octobre 2000, association Tirésias, Besançon.
- * **Alain Maurion**, Incarcération des adolescents, de la contention au traumatisme. Revue adolescence, 1990.
- * **Jean Larguier**, Ampleur du problème de la délinquance juvénile, in Criminologie et science pénitentiaire. Dalloz, 1999, pp. 54 à 61.



Liberté - Égalité - Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de la justice

Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative

Direction générale de la santé

Sous-direction : Promotion de la santé, prévention des maladies chroniques
Bureau : santé des populations
Personne chargée de la coordination du dossier : Martine CLEMENT
tél : 01 40 56 57 24
mél : martine.clement@sante.gouv.fr

Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

Sous-direction : Organisation du système de soins
Bureau : organisation de l'offre régionale de soins et populations spécifiques
Personne chargée du dossier : Chantal VULDY
tél. : 01 40 56 62 63
mél : chantal.vuldy@sante.gouv.fr

Direction de l'administration pénitentiaire

Sous-direction : Personnes placées sous main de justice
Bureau : politiques sociales et d'insertion
Personnes chargées du dossier : Cécile BRUNET-LUDET
Véronique PAJANACCI
tél. : 01 49 96 26 32 /26 06
méls : cecile.ludet-brunet@justice.gouv.fr
veronique.pajanacci@justice.gouv.fr

Direction de la protection judiciaire de la jeunesse

Sous-direction : Missions de protection judiciaire et d'éducation
Bureau : méthodes et action éducative
Personne chargée du dossier : Jocelyne GROUSSET
tél. : 01 44 77 73 74
mél : jocelyne.grousset@justice.gouv.fr

**La Garde des Sceaux, Ministre de la Justice
La Ministre de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative**

à

Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (pour exécution)

Madame et Messieurs les préfets de régions, Directions régionales des affaires sanitaires et sociales (pour exécution)

Mesdames et Messieurs les préfets de département,
Directions départementales des affaires sanitaires et
sociales
(pour exécution)

Messieurs les directeurs interrégionaux de
l'administration pénitentiaire
Monsieur le directeur interrégional, chef de la mission
des services pénitentiaires d'outre-mer

Mesdames et Messieurs les directeurs régionaux de la
Protection Judiciaire de la Jeunesse

CIRCULAIRE INTERMINISTERIELLE N°DGS/DHOS/DAP/DPJJ/MC1/2008/158 du 13 mai 2008
relative à la prise en charge sanitaire des mineurs incarcérés

Date d'application : immédiate

NOR : cette zone est à remplir par Ascdoc

Classement thématique : cette zone est à remplir par Ascdoc

Résumé : recommandations à destination des professionnels de santé exerçant en établissement pénitentiaire recevant des mineurs.
Mots-clés : mineurs incarcérés, UCSA, quartiers mineurs, établissements pénitentiaires pour mineurs (EPM)
Textes de référence : <ul style="list-style-type: none">- Articles L.1111-2 et L.1111-5, L.2212-7, L.5134-1 du code de la santé publique- Loi n°94-43 du 18 janvier 1994 et ses textes d'application (décret n°94-929 du 27 octobre 1994 et circulaire n°45 DH/DGS/DSS/DAP du 8 décembre 1994)- Loi n°2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice (LOPJ)- Articles du code pénal, du code de procédure pénale et du code de la santé publique relatifs à l'injonction de soins, tels qu'ils résultent des lois n° 98-468 du 17 juin 1998, n° 2005-1549 du 12 décembre 2005, n° 2007-297 du 5 mars 2007 et n° 2007-1198 du 10 août 2007- Décrets n° 2007-748, 749 et 814 des 9 et 11 mai 2007 relatifs au régime de détention et disciplinaire des mineurs et modifiant le code de procédure pénale- Circulaire NOR JUSE 02 400 75C du 26 avril 2002 relative à la prévention des suicides dans les établissements pénitentiaires- Circulaire DGS/DGAS/DHOS/DPJJ n°2002/282 du 3 mai 2002 relative à la prise en charge concertée des troubles psychiques des enfants et adolescents en grande difficulté- Circulaire n° 27 DHOS/DGS/DSS/DGAS/DAP du 10 janvier 2005 relative à l'actualisation du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues et à leur protection sociale- Circulaire interministérielle DGS/SD6C/DHOS/O2/DESCO n°2005-471 du 18 octobre 2005 relative à la mise en œuvre d'un dispositif de partenariat entre équipes éducatives et de santé mentale pour améliorer le repérage et la prise en charge des signes de souffrances psychiques des enfants et adolescents- Circulaire DAP/DPJJ n°2007-G4 du 8 juin 2007 relative au régime de détention des mineurs- Circulaire DGS/DHOS/DAP/DAGE n°2007/272 du 26 juin 2007 relative à la lutte contre la tuberculose en milieu pénitentiaire- Recommandations de l'ANAES sur la prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide (1998)- Conclusions de la Conférence de consensus FFP/ANAES sur " la crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge " (octobre 2000)- Note de cadrage DGS/SD6C n°90 du 29 mars 2004 relative à la mise en place en 2004 d'un dispositif de formation pour les personnels pénitentiaires et sanitaires à la prévention du suicide des personnes détenues dans le cadre de la stratégie nationale d'actions face au suicide- Plan Psychiatrie et santé mentale 2005-2008
Annexes : <ul style="list-style-type: none">Annexe 1 - éléments épidémiologiques sur les mineurs incarcérésAnnexe 2 - axes de travail du psychologue PJJ en établissement pénitentiaire pour mineursAnnexe 3 - modèle de formulaire à l'attention des parentsAnnexe 4 - références d'auto-questionnaires consultablesAnnexe 5 - les actions de prévention et d'éducation pour la santéAnnexe 6 - loi de santé publique, rôle des GRSP dans le soutien des projets

I - Objectif

La présente circulaire a pour objet de préciser le cadre de la prise en charge de la santé des mineurs incarcérés qu'ils soient détenus, dans des quartiers pour mineurs de maisons d'arrêt ou dans des établissements pénitentiaires pour mineurs (EPM). Une attention particulière est portée aux mineures maintenues en détention dans un quartier pour femmes de maison d'arrêt à défaut d'être affectées dans un EPM.

L'objectif de la 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.

L'ouverture des EPM réaffirme les missions des équipes de soins et les principes généraux de l'exercice médical en milieu pénitentiaire.

II - Eléments de contexte

II-1 : Données épidémiologiques

Les données épidémiologiques sur la santé des mineurs détenus n'ont jusqu'alors pas fait, en France, l'objet d'approches spécifiques. (*Annexe 1 - éléments épidémiologiques sur les mineurs incarcérés*)

II-2 : Contexte normatif

Les règles européennes relatives aux droits de l'enfant, conformes à l'article 37 de la convention internationale du 26 janvier 1990, précisent que « tout enfant privé de liberté doit être traité avec humanité et avec le respect dû à la dignité de la personne humaine, et d'une manière tenant compte des besoins des personnes de son âge. En particulier, tout enfant privé de liberté sera séparé des adultes, à moins que l'on estime préférable de ne pas le faire dans l'intérêt supérieur de l'enfant, et il a le droit de rester en contact avec sa famille par la correspondance et par les visites, sauf circonstances exceptionnelles ».

La loi n°94-43 du 18 janvier 1994 concernant la prise en charge sanitaire des personnes détenues s'applique aux mineurs détenus. Le guide méthodologique (dernière version septembre 2004) relatif à cette prise en charge est un outil de référence au service de tous les professionnels, en particulier des personnels de santé et des personnels pénitentiaires. Il propose des modèles de protocoles qui lient les établissements de santé et les établissements pénitentiaires, nécessaires à la bonne organisation des soins et à la coordination des actions de prévention. Ces modèles doivent être appliqués aux établissements accueillant des mineurs et intégrer les spécificités de prise en charge de cette population.

www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/detenus_protectsociale/accueil.htm - 10k -
<http://apnet.dap.intranet.justice.gouv.fr/guidemethodologique/premierepage.htm>

La circulaire DAP/DPJJ du 8 juin 2007 relative au régime de détention des mineurs précise l'ensemble des principes et missions relatifs au régime de détention et disciplinaire des mineurs conformément aux décrets n° 2007-748, 749 et 814 des 9 et 11 mai 2007 parus au Journal officiel des 10 et 12 mai 2007.

III - Les articulations entre partenaires

La dynamique partenariale entre les différents services garantit l'efficacité et la qualité de l'action en matière de santé. Il s'agit d'offrir aux mineurs une prise en charge cohérente dans le cadre légal, réglementaire et éthique s'imposant aux différents acteurs.

Le quartier mineur ou l'EPM est dirigé par un directeur des services pénitentiaires qui est le garant de son bon fonctionnement. Ce dernier est responsable de l'exécution des décisions judiciaires, du maintien de la sécurité, et en lien avec tous les services intervenant dans l'établissement de la prise en charge globale des mineurs.

Le soutien éducatif apporté aux mineurs détenus s'articulera autour du binôme formé par l'éducateur de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ) et le surveillant en poste au sein de chaque unité de vie.

L'ensemble des professionnels PJJ (chefs de service éducatif, éducateurs, professeurs techniques, psychologues) interviennent auprès des mineurs conformément aux missions qui leur ont été confiées par la loi n°2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice (LOPJ). (*Annexe 2 - axes de travail du psychologue PJJ en établissement pénitentiaire pour mineurs*)

L'éducation nationale prend en charge l'activité scolaire et participe aux actions éducatives.

Les visiteurs, les aumôniers interviennent selon des modalités définies par l'administration pénitentiaire.

Les associations socio-éducatives contribuent à la prise en charge des mineurs selon des modalités définies par les directions de l'administration pénitentiaire et de la protection judiciaire de la jeunesse conformément à l'article D.514-1 du code de procédure pénale.

Les équipes somatiques et psychiatriques de l'unité de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) sont associées, en tant que de besoin, à l'équipe pluridisciplinaire présidée par le chef de l'établissement pénitentiaire en application de l'article D514 du code de procédure pénale modifié par le décret n°2007-749 du 9 mai 2007.

Leur participation est nécessaire pour l'élaboration de protocoles partenariaux et des projets relatifs à la prévention et l'éducation pour la santé dont le médecin de l'UCSA est le coordonnateur. Un ou plusieurs référents "santé" seront utilement identifiés pour être invités à participer aux différentes instances de coordination. Les différents services doivent dans l'intérêt du mineur, mutualiser les informations et coordonner leurs actions dans le respect de leur éthique professionnelle.

L'accès aux soins est une des priorités dans la prise en charge des mineurs en détention. L'examen médical d'entrée et les activités d'éducation à la santé sont programmés dans leur emploi du temps quotidien. Les demandes d'accès aux services médicaux formulées par le mineur ne peuvent être différées même en cas d'activités prévues.

IV - La place des parents et le droit des patients mineurs

En matière de santé, la place des parents est à préserver. Les personnes investies de l'exercice de l'autorité parentale conservent leurs droits et leurs devoirs sur le mineur, même s'ils n'en exercent que les attributs conciliables avec la détention ; la circulaire précitée DAP/DPJJ relative au régime de détention des mineurs en précise les modalités.

Ceux-ci sont informés de l'organisation des soins, conformément aux droits en matière d'information des usagers du système de santé et d'expression de leur volonté pour les personnes investies de l'exercice de l'autorité parentale et les mineurs. Il sera établi à leur intention une procédure visant à organiser les échanges d'informations. (*Annexe 3 - modèle de formulaire à l'attention des parents*)

La demande par l'UCSA du carnet de santé ou de sa photocopie peut être prévue dans ce cadre.

Le chef d'établissement pénitentiaire facilitera l'accessibilité des locaux pour des entretiens entre les personnels de soins, les parents ou les personnes titulaires de l'autorité parentale et le jeune détenu.

V - La prise en charge de la santé des mineurs

Dans les quartiers ou établissements pour mineurs, l'organisation des soins dispensés relève des UCSA et des services de psychiatrie en place.

Les médecins responsables de l'UCSA et les psychiatres élaborent un projet de soins commun adapté à la population des mineurs détenus.

V.1 - Accès aux droits sociaux dont l'assurance maladie

A la date de son incarcération, le mineur est affilié par les services pénitentiaires au régime général de la sécurité sociale par la caisse primaire d'assurance maladie dont relève l'établissement pénitentiaire dans lequel le mineur est écroué (articles L.381-30 et R.381-97 du Code de la sécurité sociale).

A sa libération, le mineur bénéficie d'un maintien de droit durant un an (article 9 du décret n° 2007-199 du 14 février 2007) s'il ne relève à cette date d'aucun autre régime d'assurance maladie. Il peut toutefois retrouver sa qualité d'ayant droit.

Conformément à une jurisprudence du Conseil d'État (décision Association AIDES et autres du 7 juin 2006), le mineur en situation irrégulière bénéficie de l'aide médicale d'Etat (AME) dès sa sortie de prison et ce sans condition de résidence, même si ses parents ne peuvent en bénéficier pour des délais de résidence de trois mois non encore remplis ou de ressources au-delà du plafond.

Le service de la PJJ accompagne le mineur pour l'ouverture de ses droits.

V.2 - Dépistage et soins

Chaque mineur bénéficie dès son admission d'un examen médical d'entrée conformément au code de la santé publique (R. 6112-23) et au code de procédure pénale (D. 381 a). La prise en charge sanitaire pouvant résulter de celui-ci doit être mise en place dans les meilleurs délais. Cet examen médical peut être précédé par la remise par l'UCSA d'un auto-questionnaire à remplir par le mineur. (*Annexe 4 - références d'auto-questionnaire consultable*)

En cas de refus du mineur de se soumettre à ce premier examen médical, de nouvelles propositions d'examen lui sont faites.

Cet examen s'inscrit dans le parcours de santé du mineur et, à ce titre, intègre les données médicales antérieures.

Le respect du secret professionnel des personnels de soins est une condition indispensable de l'exercice médical et favorise l'instauration d'une relation de confiance entre le mineur et les équipes soignantes.

Une approche "généraliste" qui comporte l'écoute et l'examen physique est nécessaire pour pratiquer l'examen médical d'entrée. Celui-ci doit permettre notamment de :

- contrôler les vaccinations,
- dépister les pathologies somatiques et psychiatriques et les souffrances psychiques,
- repérer les usages abusifs et les conduites addictives,
- évaluer le risque suicidaire,
- délivrer à la suite d'un examen adapté les avis nécessaires à la poursuite ou non des activités physiques et sportives qui ne dépendent pas de la réglementation du sport de compétition,

- délivrer au mineur un avis d'aptitude ou d'inaptitude au suivi des activités d'insertion en place dans l'établissement pénitentiaire.

Des informations relatives aux propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres et médecins scolaires sont disponibles sur le site internet de la Haute Autorité de Santé (HAS). www.has-sante.fr/ - 19k

V - 3 - Le suivi sanitaire du jeune durant son incarcération

V - 3-1 - Organisation des soins :

Toutes modalités de prise en charge spécifique (régime particulier, port de prothèses, signalement immédiat à l'UCSA en cas de traumatisme même mineur) prescrites à l'issue du bilan établi lors de l'examen médical d'entrée, sont portées à la connaissance du directeur de l'établissement pénitentiaire.

Au vu de l'examen médical d'entrée, des conseils de santé compatibles avec les préoccupations des mineurs sont dispensés.

Lorsqu'un mineur détenu est condamné à une injonction ou une obligation de soins prononcée dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire (articles 131-36-1 et suivants du code pénal) ou dans le cadre d'un sursis avec mise à l'épreuve (article 132-45-1 du code pénal), la démarche de soins est favorisée ou suscitée dès la période de détention.

La dispensation et l'administration des médicaments sont assurées de manière individualisée. Elles sont effectuées exclusivement par le personnel habilité de l'UCSA.

Lorsque le mineur est autorisé par le médecin de l'UCSA à conserver des médicaments dans sa cellule, le médecin lui donne un double de la prescription et les médicaments lui sont remis dans un sachet ou pilulier à son nom mentionnant la date de la prescription, la posologie et la durée du traitement prescrit.

Les modalités de permanence des soins en dehors des heures de présence médicale à l'UCSA sont garanties et organisées par le médecin responsable. Elles sont consignées dans un document remis au chef d'établissement pénitentiaire et à disposition de l'ensemble des personnels. Ces dispositions doivent, par ailleurs, figurer dans le protocole liant l'établissement pénitentiaire avec l'établissement de santé.

Lorsque le mineur est transféré vers un autre établissement pénitentiaire, les équipes médicales organisent la continuité de sa prise en charge sanitaire. L'UCSA conserve la partie du dossier qu'elle a rédigée elle-même; il est préconisé qu'elle transmette les photocopies des pièces essentielles de son propre dossier.

V - 3-2 - Outils pour le suivi des troubles psychiques des adolescents :

Le vécu de ces mineurs étant souvent marqué par la violence, agie mais aussi subie, une attention particulière doit être portée à leurs éventuelles conséquences psychiques afin de prévenir l'apparition et le développement de pathologies. En particulier, le passage à l'acte témoigne souvent d'une souffrance psychique intense susceptible d'aboutir à une crise suicidaire.

Il est donc conseillé de se reporter utilement aux documents suivants :

- Circulaire NOR JUSE0240075C du 26 avril 2002 relative à la prévention des suicides dans les établissements pénitentiaires.

- Circulaire DGS/DGAS/DHOS/DPJJ n°2002/282 du 3 mai 2002 relative à la prise en charge concertée des troubles psychiques des enfants et adolescents en grande difficulté. La direction générale de la santé met par ailleurs à la disposition des professionnels le guide correspondant, en ligne sur le site du ministère chargé de la santé à l'adresse suivante :

http://www.sante.gouv.fr/hm/dossiers/sante_mentale/recommandations.htm#rapp4

- Recommandations issues de la conférence de consensus « Conséquences des maltraitements sexuels. Les reconnaître, les soigner, les prévenir » qui ont été élaborées en partenariat avec la Fédération Française de Psychiatrie (FFP) en 2003 selon la méthodologie de la HAS.

Des formations interdisciplinaires sont organisées au niveau régional sur la base des conclusions de la conférence de consensus de la FFP et de l'ANAES (aujourd'hui HAS) sur « la crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge » d'octobre 2000. Les professionnels intéressés trouveront l'information nécessaire pour s'inscrire à ces formations animées par des professionnels de santé auprès de la personne référente en charge de la prévention du suicide à la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS). Certaines des sessions de formation sont organisées en partenariat avec l'administration pénitentiaire et s'adressent plus spécifiquement aux professionnels exerçant en milieu carcéral ; l'information sur ces dernières est disponible auprès de la direction interrégionale des services pénitentiaires.

Sont aussi organisées des actions régionales de formation à l'intention des professionnels pour l'observation et le repérage précoce des manifestations de souffrance psychique et des troubles du développement des enfants et des adolescents. Ces formations sont effectuées par des professionnels de la pédopsychiatrie sur la base d'un référentiel de la FFP. Une information plus complète est disponible auprès des DRASS.

V.4 - Les actions de prévention et d'éducation pour la santé

Pour promouvoir la santé, il existe un certain nombre de leviers d'action, parmi lesquels la prévention et l'éducation pour la santé, qui visent les déterminants à la fois environnementaux et individuels de la santé :

- les actions de prévention dans le domaine de la santé, visent " à empêcher les maladies d'apparaître, ou à permettre de les dépister à un stade précoce" ;
- les actions d'éducation pour la santé « permettent aux personnes et aux groupes, grâce à un accompagnement individuel ou communautaire, de s'approprier des informations et d'acquérir des aptitudes pour agir dans un sens favorable à leur santé et à celle de la collectivité ».

Les actions d'éducation pour la santé à mettre en œuvre s'appuient sur une démarche de projet qui comporte plusieurs étapes. Celle-ci est sous-tendue par une réflexion éthique de tous les intervenants concernés. (*Annexe 5 - les actions de prévention et d'éducation pour la santé*).

Ces actions sont coordonnées par le médecin de l'UCSA avec tous les acteurs concernés. Elles tiennent compte de la durée moyenne d'incarcération et du flux constant des arrivants. Elles s'appuient sur un bilan diagnostic de l'état de santé de cette population, établi par les médecins responsables en coordination avec la direction de l'établissement pénitentiaire et du service de la PJJ.

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique prévoit la prise en compte de la santé des personnes détenues dans les plans régionaux de santé publique. Les programmes d'éducation pour la santé des mineurs incarcérés s'inscrivent dans ce cadre. Leurs financements peuvent être assurés par les groupements régionaux de santé publique (*Annexe 6 - loi de santé publique, rôle des GRSP dans le soutien des projets*).

V.5 - Le suivi à la sortie

Les modalités de la sortie sont envisagées dès le début de l'incarcération. Les relais nécessaires sont mis en place pour l'accompagnement sanitaire et social à la sortie afin d'assurer :

- la continuité des soins, si nécessaire, l'orientation et l'accessibilité aux services de soins spécialisés ;
- l'information de l'état de santé aux personnes investies de l'exercice de l'autorité parentale, dès lors que le mineur ne s'y oppose pas ;
- l'information du mineur sur l'incompatibilité possible de son projet d'insertion avec son état de santé.

Le médecin de l'UCSA assure la continuité des soins médicaux dispensés pendant l'incarcération en se mettant en rapport avant la libération avec le médecin traitant du mineur ou tout autre médecin désigné par lui. Il assure, le cas échéant, le lien avec le secteur de psychiatrie concerné.

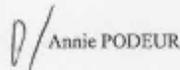
Les services de la PJJ, assurant la poursuite du suivi éducatif à l'extérieur, accompagnent le mineur dans la démarche de continuité des soins. Ils assurent à ce titre une mission de relais vers les professionnels de santé exerçant à l'extérieur de la prison. Ils informent et soutiennent le mineur afin que sa prise en charge dans le dispositif sanitaire de droit commun puisse être effective.

Le Directeur Général de la Santé



Didier HOUSSIN

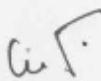
La Directrice de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

 Annie PODEUR

Le Chef de Service
Adjoint à la Directrice de l'Hospitalisation
et de l'Organisation des Soins


Luc ALLAIRE

Le Directeur de l'Administration
Pénitentiaire



Claude D'HARCOURT

Le Directeur de la Protection Judiciaire
de la Jeunesse



Philippe-Pierre CABOURDIN

Annexe I Eléments épidémiologiques sur les mineurs incarcérés

❖ Les données pénitentiaires et judiciaires

En 2006, 3350 mesures d'incarcération ont été prononcées à l'égard des mineurs, dont 170 (5,4 %) à l'égard des filles. Au 1er décembre 2007, les mineurs détenus étaient 695 soit 1,1% de l'ensemble des personnes détenues. 12,8% de ces mineurs ont entre 13 et 16 ans non révolus (+8% par rapport à 2005). 87% ont la nationalité française (+6 % par rapport à 2002). Les deux tiers d'entre eux sont des prévenus. La durée moyenne d'incarcération reste située autour de 2 mois et demi, ensemble des détentions confondues. Cependant, il convient de souligner que 35% des incarcérations de mineurs sont inférieures à 1 mois et 65% inférieures à 3 mois ; seules 0,6% dépassent l'année.

Deux tiers des mineurs sont incarcérés pour des atteintes aux biens ou à l'ordre public.

Les chiffres de l'annuaire statistique du conseil de la justice (2003 et 2004) montraient une augmentation des condamnations pour viols et délits sexuels commis par des mineurs entre 1997 et 2002. La proportion des condamnations pour viol parmi toutes les condamnations pour crimes représentait 67,3% en 1997 et 72,6% en 2002. Quant aux délits sexuels, ils avaient augmenté de 14,7% sur cette même période. Dans les deux cas, il existe une forte prédominance masculine, voire une représentation quasi exclusive pour les viols.

❖ Les données épidémiologiques disponibles sur la santé des mineurs détenus

• Deux études réalisées par la DREES - www.sante.gouv.fr/html/publication

- La santé à l'entrée en prison : un cumul des facteurs de risque. Etudes et Résultats. n°4 janvier 1999.

- La santé des personnes entrées en prison en 2003. Etudes et Résultats. n°386 ; mars 2005.

Elles apportent des données spécifiques à la population des mineurs détenus et permettent d'apprécier l'évolution dans le temps de certains indicateurs de santé.

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pd0386.pdf>

• Rapport sur la prévention du suicide des personnes détenues, rapport de mission J.L.Terra, décembre 2003

www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/034000724/index.shtml - 46k -

• Etude épidémiologique sur la santé mentale des personnes détenues

Le ministère chargé de la Santé, en collaboration avec le ministère de la Justice, a financé la réalisation en 2003 et 2004 d'une étude épidémiologique sur la prévalence des principaux troubles mentaux parmi les personnes détenues. Les résultats de cette étude menée par une équipe de recherche indépendante, sont disponibles sur le site du ministère de la santé et celui de la Justice.

www.sante.gouv.fr/html/dossiers/detenus/accueil.htm - 7k -

www.justice.gouv.fr/index.php?rubrique=10036&ssrubrique=10039&article=10026 - 18k -

• Etude 2004 « La santé des jeunes de 14 à 20 ans pris en charge par les services du secteur public de la protection judiciaire de la jeunesse, sept ans après, INSERM/ DPJJ ». Cette étude n'inclut pas les mineurs détenus en quartier mineur mais apporte un éclairage sur les mineurs sous main de justice.

ifr69.vjf.inserm.fr/~ado472/ENQUETES/PJJ/PJJ.html - 20k -

Annexe 2
Fiche DPJJ : Axes de travail du psychologue en
établissement pénitentiaire spécialisé pour mineurs.

Le psychologue de la protection judiciaire de la jeunesse en poste dans un établissement pénitentiaire spécialisé pour mineurs exerce ses missions sous l'autorité du directeur du service éducatif en EPM.

Le (la) psychologue contribue, dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire à la définition et à la mise en œuvre des projets éducatifs et d'orientation.

L'organisation sanitaire en détention s'inscrit dans le cadre de la loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale et de ses textes d'application (décret n°94-929 du 27 octobre 1994 et circulaire n°45 DH/DGS/DSS/DAP du 8 décembre 1994, Circulaire n° 27 DHOS/DGS/DSS/DGAS/DAP du 10 janvier 2005 relative à l'actualisation du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues et à leur protection sociale).

Il (elle) veille à garantir la prise en compte de la vie psychique du jeune incarcéré.

Il (elle) suscite un travail clinique visant les problématiques des jeunes et de leur famille.

ACTIVITES

- Apporter un éclairage clinique au sein de l'équipe pluridisciplinaire et interinstitutionnelle sur la situation individuelle du mineur, notamment aux fins d'enrichir son projet de sortie de détention provisoire ou son projet d'exécution de peine.
- Promouvoir, à partir de la décision judiciaire de mise en détention, le travail autour du maintien ou de la restauration des liens familiaux.
- Participer aux réunions de service et participer à toute autre réunion institutionnelle ou commission.
- Promouvoir et organiser un travail de liaison avec les partenaires institutionnels et plus spécifiquement avec ceux de la santé dont notamment les UCSA et SMPR.
- Elaborer en lien avec les services de santé intervenant en EPM, des propositions d'orientation vers des dispositifs de soins appropriés y compris dans le cadre de l'obligation de soin.
- Se former, s'informer et mener des travaux de recherche dans le cadre du temps Formation Information Recherche (FIR). Rédaction de rapports destinés aux magistrats.

Le(la) psychologue affectés en EPM devront avoir une appétence particulière pour le travail en milieu carcéral au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

Outre les compétences traditionnelles exercées par les psychologues à la PJJ, cette affectation nécessite des connaissances particulières liées au cadre de l'exercice, connaissances qui devront être développées lors de la formation prévue avant la prise de poste :

- connaître les métiers de l'administration pénitentiaire;
- connaître l'essentiel de la réglementation en vigueur dans un établissement pénitentiaire pour mineurs : droit pénitentiaire, droit spécifiquement applicable aux mineurs détenus, règlement intérieur de l'établissement ;
- connaître l'essentiel de la réglementation en matière d'aménagements des peines prononcées à l'égard des mineurs;
- connaître les problématiques spécifiques de santé en milieu carcéral (physique et psychologique).

Annexe 3
Modèle de formulaire à l'attention des parents

CENTRE HOSPITALIER DE

.....
(Coordonnées précises)

ETABLISSEMENT
PENITENTIAIRE DE

**UNITE DE CONSULTATION
ET DE SOINS AMBULATOIRES
(UCSA)**

Chef de service
Dr

**SERVICE MEDICO-
PSYCHOLOGIQUE
REGIONAL
(SMPR)**

Chef de service
Dr

Votre fils, fille vient d'être incarcéré(e) à

La prise en charge sanitaire de votre fils/fille a été confiée au service public hospitalier qui assure les soins somatiques et psychiatriques dans une unité de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) au sein de l'établissement pénitentiaire. Le service médico-psychologique régional (SMPR) prendra en charge les hospitalisations de jour en psychiatrie.

A l'entrée en détention, un examen médical est systématiquement proposé à votre fils/fille.

En vue de transmettre au médecin de l'UCSA les informations médicales nécessaires à son suivi (photocopie du carnet de santé), vous pouvez contacter le service médical aux coordonnées suivantes :

- Adresse
- Téléphone
- Fax

Il vous est également possible à tout moment de contacter téléphoniquement ou de rencontrer les praticiens hospitaliers en fixant avec eux un rendez-vous en accord avec votre fils ou fille.

Toujours avec leur accord, vous serez également informés des soins proposés et vous serez sollicités pour les décisions concernant leur santé.

Veuillez nous faire connaître vos coordonnées exactes de domicile et téléphoniques afin de vous joindre sans difficulté.

En dehors des heures de présence médicale à l'UCSA et conformément au protocole signé entre l'établissement pénitentiaire et l'établissement public de santé, le directeur de l'établissement pénitentiaire alertera, en cas de nécessité, les services d'urgence.

Dr chef de service de l'UCSA ou Dr..... praticien

Dr chef de service du SMPR ou Dr..... praticien

Annexe 4
Références d'auto-questionnaires consultables

- Le bref questionnaire ci-dessous (CRAFT en anglais, ADOSPA en français, décrit dans le livre de Michel Reynaud - 2003) a été conçu pour le dépistage et chaque question invite à réfléchir à un **motif** pour changer de comportement :

- 1, Es-tu déjà monté (e) dans un véhicule (auto, moto, scooter) conduit par quelqu'un (toi y compris) qui avait bu ou qui était défoncé ?
- 2, Utilises-tu de l'alcool ou d'autres drogues pour te détendre, te sentir mieux ou tenir le coup ?
- 3, As-tu déjà oublié ce que tu avais fait sous l'emprise de l'alcool ou d'autres drogues ?
- 4, Consommes-tu de l'alcool ou d'autres drogues quand tu es seul ?
- 5, As-tu déjà eu des problèmes en consommant de l'alcool ou d'autres drogues ?
- 6, Tes amis ou ta famille t'ont-ils déjà dit que tu ferais bien de réduire ta consommation de boissons alcoolisées ou d'autres drogues ?

- Questionnaire "la santé des jeunes : 100 mots pour le dire", document élaboré d'après une coproduction du Centre de médecine préventive et de l'Ecole de santé publique de Nancy - 2002/2003.

- Questionnaire "Météo perso" élaboré dans le cadre de l'expérimentation de démarches d'éducation pour la santé en médecine générale et en pharmacie auprès des adolescents - 2002/2003.

- Questionnaire 16/19 ans "je prépare l'entretien avec mon médecin" de la Mutualité Sociale Agricole - MSA.

- Un questionnaire de pré-consultation (centre hospitalier de Bicêtre) peut être extrait de l'ouvrage - Médecine de l'adolescent - P. Alvin et D. Marcelli - coll. Pour le praticien - éditions Masson - janvier 2005.

Annexe 5

Les actions de prévention et d'éducation pour la santé

Cette annexe a été rédigée à partir de l'ouvrage : S. Broussouloux, N. Houzelle *Éducation pour la santé en milieu scolaire : choisir, élaborer et développer un projet*, INPES, 2006, 139p, téléchargeable sur le site de l'INPES.

Définition de l'éducation pour la santé

Certains spécialistes de l'éducation à la santé la définissent ainsi : elle « vise à aider les personnes à se construire une image positive d'elles-mêmes et de leur santé afin d'éviter les comportements présentant un risque. Elle repose sur des méthodes et techniques qui permettent d'apporter l'information à l'individu sous une forme qui soit appropriable, sans le stigmatiser ni le culpabiliser. L'éducation pour la santé est donc sous-tendue par une réflexion éthique. »

Travail préparatoire en éducation pour la santé

Les intervenants en éducation à la santé sont confrontés à une réflexion sur ses principes éthiques, les valeurs qui la sous-tendent, et ce pour plusieurs raisons :

- l'éducation à la santé vise le développement des compétences psychosociales,
- l'éducation à la santé a pour objectif d'amener le jeune à faire des choix responsables,
- les valeurs des intervenants peuvent être différentes de celles du jeune et de sa famille.

Les compétences psychologiques renvoient :

- à l'estime de soi : confiance en soi, sentiment de son efficacité personnelle, sentiment que les autres ont confiance en nous ;
- au rapport au corps : compréhension des sensations provenant du corps (douleur, plaisir...), expression physique des sentiments (colère, peur...), besoins physiologiques (nourriture, sommeil...).

Les compétences sociales renvoient :

- aux relations aux autres : le respect, l'acceptation des différences et des règles de la vie en société... par exemple : le règlement intérieur de l'établissement;
- à la gestion des conflits : privilégier le dialogue en cas de désaccord...
- à la confiance en son propre jugement : résister à l'influence des pairs, des médias...

Démarche de projet – Choix des priorités - Quatre grandes étapes sont à respecter

➤ *étape 1 : Constituer l'équipe et impliquer les partenaires*

Une équipe n'est pas un ensemble homogène : chacun a un rôle qui doit être précisé. Bien souvent, on va pouvoir distinguer un noyau stable et des personnes dont l'implication est plus spécifique ou technique.

Professionnels qui peuvent constituer l'équipe (UCSA, éducateur PJJ, personnels pénitentiaires, enseignants...)

Certains projets nécessitent la mobilisation de ressources externes à l'établissement : associations, ... Le travail en partenariat nécessite un temps d'échanges et de réflexions sur le partage d'un objectif commun, puis une mutualisation des compétences et des méthodes de travail.

➤ *étape 2 : Analyser la situation et fixer les objectifs*

Un objectif est la formulation du but à atteindre. Il explicite les résultats escomptés du projet. Il indique le sens du projet, contribue à mobiliser l'équipe et les partenaires et est repris lors de la communication sur le projet. Il existe plusieurs niveaux d'objectifs :

- l'objectif général qui porte sur le projet dans son ensemble ;
- les objectifs spécifiques qui précisent un aspect de l'objectif général. Ils permettent de spécifier l'objectif général afin de pouvoir déterminer les objectifs opérationnels en fonction d'un public, d'un milieu, d'un niveau d'intervention ;
- Les objectifs opérationnels, plus concrets ils annoncent les actions à réaliser. Ils doivent être mesurables et prendre en compte la réalité de la vie dans l'établissement. Ils concernent le plus souvent l'acquisition de connaissances ou de compétences, la modification de représentation. La formulation la plus classique pour écrire un objectif opérationnel est la suivante : « à l'issue de telle action, les jeunes seront capables de... ». Au terme de l'action il doit être possible de dire dans quelle mesure ces objectifs opérationnels ont été réalisés.

Pour améliorer la qualité des actions, il est possible de s'appuyer sur la grille S-M-A-R-T pour rédiger les objectifs (<http://www.quint-essenz.ch/fr/planning/topics/3278.html>).

Critère SMART	Définition
Spécifique	L'objectif décrit précisément ce qui doit avoir changé, chez qui, et en quoi cela doit avoir changé.
Mesurable	Il sera possible de juger objectivement de l'atteinte des résultats ; pour cela, il faut généralement fixer des indicateurs.
Ambitieux	Atteindre l'objectif implique un effort. Ceci s'exprime soit à travers l'objectif lui-même, soit à travers ses indicateurs.
Réaliste	Un objectif de projet doit être réaliste dans le sens qu'il doit être atteignable avec les moyens disponibles. On ne peut juger de cela qu'en connaissant le contexte, la durée et les ressources du projet.
Situé dans le Temps	En principe, un objectif de projet doit être atteint à la fin du projet. Un objectif intermédiaire doit être atteint au plus tard au moment du pointage d'étape.

➤ **étape 3 : Mettre en œuvre le projet**

Tout projet gagne à faire l'objet d'une planification et d'un suivi.

La démarche de planification permet de prévoir tous les éléments nécessaires au bon déroulement du projet :

- l'organisation ;
- les besoins et les ressources (moyens humains, financiers, matériels...);
- l'inscription dans le temps (début, étapes intermédiaires et fin du projet).

➤ **étape 4 : Evaluer et communiquer**

La démarche d'évaluation commence au moment de l'élaboration du projet. Dès la définition des objectifs, ce que l'on veut évaluer et les critères à retenir doivent être définis.

L'évaluation est indispensable car elle permet de :

- mesurer le degré de réalisation des objectifs opérationnels ;
- suivre l'action pour l'améliorer ;
- analyser, exploiter et valoriser le projet ;
- légitimer l'action ;
- justifier l'utilisation des crédits et/ou obtenir des financements ;
- déterminer si les moyens ont été utilisés de façon adéquate (moyens humains, matériels, logistiques, financiers...).

L'information des participants et des partenaires contribue à légitimer l'action et aide à mobiliser autour d'un projet.

Qui doit être informé ?

- le directeur de l'établissement pénitentiaire,
- le directeur du service PJJ,
- les partenaires...

Trois moments sont particulièrement favorables à la communication :

- Lors de l'élaboration du projet : information en continu de tous les membres de l'équipe projet
- Pendant l'action : communication en direction des personnels de l'établissement
- Après l'action : diffusion des résultats de l'évaluation

Annexe 6
Loi de santé publique, rôle des GRSP dans le soutien des projets

Santé publique et politique de santé publique

La santé publique se présente comme une approche collective des actions de santé. « La santé publique ne s'oppose pas à la santé privée. Si elle concerne avant tout la gestion des problèmes de santé au niveau collectif, cela ne signifie pas qu'elle nie les particularismes du vécu et des besoins de chacun. Bien au contraire, la satisfaction des besoins individuels est au cœur des préoccupations de la santé publique. La santé publique est un domaine d'action dont l'objet est l'amélioration de la santé de la population. Elle est un ensemble de savoirs et de savoir-faire qui se situent entre l'administration de la santé et l'exercice de la profession médicale. »

En août 2004, le parlement français a adopté une nouvelle loi d'orientation en santé publique qui réorganise la politique de santé. Les champs qui relèvent de la politique de santé publique y sont définis. Il s'agit de :

- la surveillance et l'observation de l'état de santé de la population et de ses déterminants ;
- la lutte contre les épidémies ;
- la prévention des maladies, traumatismes et incapacités ;
- l'amélioration de l'état de santé de la population et de la qualité de vie des personnes malades, handicapées et dépendantes ; l'amélioration de l'information et de l'éducation à la santé de la population ; l'organisation de débats publics sur les questions de santé et de risques sanitaires ;
- l'identification et la réduction des risques éventuels pour la santé liés à des facteurs d'environnement et des conditions de travail, de transport, d'alimentation ou de consommation de produits et de services susceptibles de l'altérer ;
- la réduction des inégalités de santé par la promotion de la santé, par le développement de l'accès aux soins et aux diagnostics sur l'ensemble du territoire ;
- la qualité et la sécurité des soins et des produits de santé ;
- l'organisation du système de santé et sa capacité à répondre aux besoins de prévention et de prise en charge des maladies et handicaps ;
- la démographie des professions de santé.

Cette loi d'orientation en santé publique – qui a donné naissance à des plans nationaux comme le Programme national nutrition-santé (PNNS), le Plan national santé-environnement (PNSE) ou le Plan national de lutte contre le cancer – définit la région comme le niveau optimal de planification des actions et de coordination des acteurs. Elle décrit également les différents intervenants et les outils nécessaires à cette mise en œuvre régionale des objectifs de santé :

- une Conférence régionale de santé (CRS), instance de concertation des acteurs, contribue à la définition des objectifs régionaux de santé publique et à l'évaluation des programmes régionaux de santé publique ;
- un Plan régional de santé publique (PRSP), cadre de référence de la politique de santé publique de l'État dans la région, fixe les programmes et actions. Chaque PRSP doit notamment comporter un programme de santé pour les personnes détenues ainsi que le Schéma Régional d'Éducation Pour la Santé (SREPS) qui inclut la création d'un pôle régional de compétences en éducation pour la santé. Ce pôle offre un soutien aux acteurs pour la mise en œuvre de programmes et contribue à la cohérence des actions sur un territoire donné ;
- un Groupement régional de santé publique (GRSP) met en œuvre les programmes de santé définis par le PRSP¹. Les services de l'État ((DRPJ ou DRSP, DRASS) et les ARH sont membres du GRSP.

¹ D'après la brochure pédagogique éditée par la Direction générale de la santé : Loi relative à la politique de santé publique, 9 août 2004, objectifs et enjeux <http://www.santé.gouv.fr>