

INTERVENTIONS PSYCHIATRIQUES ET PSYCHOLOGIQUES DANS LES INSTITUTIONS POUR MINEUR(E)S DÉTENU(E)S*

Gonzalo Oliván

RÉSUMÉ

On estime que 60 à 70% des mineurs détenus en institutions pénitentiaires souffrent de problèmes de santé mentale. Le but de la détention pénitentiaire d'un mineur délinquant est sa rééducation, sa réhabilitation et sa réinsertion sociale. Ces objectifs ne peuvent être atteints qu'en tenant compte des problèmes de santé mentale propres à cette population et en développant les mesures thérapeutiques adéquates. Il est indispensable de réaliser, durant la détention de ces jeunes délinquants, en plus des soins de santé somatique et des actions d'éducation à la santé, des interventions psychiatriques et psychologiques à même d'améliorer leur santé psychique, de modifier leur style de vie et finalement d'atténuer leurs troubles du comportement.

INTRODUCTION

De récentes études sociologiques et épidémiologiques suggèrent une tendance actuelle à l'augmentation significative de la violence et de la délinquance juvénile. Les actes de délinquance sont commis par des auteurs toujours plus jeunes, avec une augmentation de la violence et une tendance à la récurrence. La délinquance en groupe semble également plus fréquente. Ces phénomènes participent au sentiment d'insécurité toujours croissant dans les pays industrialisés. (1, 2)

Les adolescents ont en général des besoins sanitaires spécifiques à leur âge et à leur état de développement. Une part importante de mortalité et de morbidité dans ce groupe d'âge est en relation directe ou indirecte avec des comportements à risques, lesquels débutent pendant la période de pré adolescence et seraient potentiellement évitables par des actions préventives. Il existe, dans la population des adolescents délinquants, une vulnérabilité sanitaire spécifique, liée aux antécédents socio-sanitaires et

* Texte traduit de l'espagnol par la Doctoresse Ana-Maria Jeanmonod.

psycho-sociaux qui leurs sont propres. Ce groupe est également touché par des troubles développementaux neurologiques, neurobiologiques et somatiques particuliers (3).

Plusieurs études cliniques montrent qu'une proportion élevée des mineurs délinquants judiciairisés et détenus en institution présentent de graves problèmes de santé physique, mentale et éducative, préexistantes à leur internement. (4-6) Les besoins sanitaires prioritaires concernent les services de prévention et/ou de thérapie en psychiatrie, psychologie, odontologie, immunisation et maladies infectieuses ainsi que les services d'éducation à la santé. (7, 8)

Ce chapitre décrit les problèmes de santé mentale les plus fréquents chez les mineurs détenus en institutions pénitentiaires et les stratégies efficaces d'interventions psychiatriques et psychologiques préventives et thérapeutiques pendant leur séjour.

PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE CHEZ LES MINEUR(E)S DÉLINQUANT(E)S ET FACTEURS DE RISQUES

Les nombreux antécédents socio-sanitaires et les problèmes de santé mentale observés chez ces jeunes reflètent l'existence de multiples facteurs de risques individuels, éducatifs, familiaux et communautaires ainsi que l'absence de facteurs de protection individuels. Ces problèmes peuvent être recensés ainsi: (1-3)

- Un profil individuel caractérisé par l'impulsivité, l'agressivité, le désir de briller, la basse estime de soi, la pauvreté intellectuelle, la difficulté de communication sociale, le peu d'équilibre émotionnel, l'inadaptation, la frustration, l'aliénation et la révolte.
- Le style de vie caractérisé par la violence, les drogues, une sexualité inadéquate et des habitudes diététiques incorrectes.
- Une éducation déficiente, un manque d'engagement à l'école et un échec scolaire à partir de la fin de la scolarité primaire.
- Une ambiance familiale inadéquate, perturbée ou déstructurée avec des comportements problématiques et/ou avec des attitudes qui les favorisent.
- Un manque d'affection ou une histoire de mauvais traitements physiques, sexuels, émotionnels et/ou prénatals.
- Une négligence de la surveillance parentale et des pratiques incorrectes de discipline.
- Un environnement psycho social et communautaire inadéquat ou déstructuré qui favorise les comportements problématiques et/ou anti-sociaux.
- Une carence d'attention régulière concernant la santé mentale due à un bas niveau socio économiques et culturel et/ou à une négligence parentale ou individuelle.

PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE LORS DE L'ADMISSION EN INSTITUTIONS PÉNITENTIAIRES

Les deux tiers des garçons et les trois quarts des filles sont affectés de problèmes mentaux lors de leur admission en institution pénitentiaire. De plus, 30 à 50 % de ces jeunes présentent deux ou trois pathologies mentales simultanées. On considère cette population comme fragile, hautement vulnérable et médicalement complexe. (7-10)

D'après les données de la littérature internationale de ces dernières années, (4-15) le tableau 1 énumère les antécédents socio sanitaires les plus fréquents mentionnés dans les dossiers médicaux des jeunes délinquants avant leur admission en institutions pénitentiaires. Le tableau 2 décrit les problèmes de santé mentale les plus fréquents observés au moment de l'internement en institution.

Tableau 1 : Antécédents socio-sanitaires des mineurs délinquants avant l'admission en institutions pénitentiaires.

Antécédents socio-sanitaires	Limites de pourcentages
Traumatismes (a)	10-50
Hospitalisation pour cause psychiatrique	12-26
Consultation et traitement psychiatrique ambulatoire	38-66
Considération, planification et tentative de suicide	4-28
Histoire de mauvais traitements et négligences	15-53
Maladies par transmission sexuelle (au moins une)	5-34
Expériences procréatives (maternité/paternité)	5-26
Effets en relation avec l'alcool (syndrome alcoolique foetal)	22 (1)
(a) fractures osseuses et/ou autres traumatismes sérieux, accidentels ou non, averties chez les garçons)	

Tableau 2 : Principaux problèmes de santé mentale chez les mineurs détenus en institutions pénitentiaires.

Problème de santé mentale	Limites de pourcentages
Comportements à risques	
Consommation habituelle de tabac	96-99
Consommation habituelle d'alcool	48-92
Consommation habituelle de drogues illégales	20-87
Activité sexuelle précoce et/ou comportement sexuel à risques	35-96
Troubles psycho pathologiques	
Troubles affectivo émotionnels (a)	32-80
Troubles de l'anxiété	9-50
Trouble de stress post-traumatique	11-32
Dépression	11-67
Idée et tentative de suicide	9-26
Troubles de comportement	20-100
Troubles de déficit d'attention avec/sans hyperactivité	8-60
Troubles de la personnalité	2-17
Troubles psychotiques	1-6
Troubles du développement	
Retards et troubles spécifiques de l'apprentissage et du développement	17-70
Quotient intellectuel border-line (Q.I. : 70-89) ou retard mental léger (Q.I. : 50-69)	7-15
(a) plus fréquents chez les femmes	

Bien que les pourcentages d'antécédents socio sanitaires et de problèmes de santé mentale observés chez ces jeunes varient selon les méthodes utilisées et le pays dans lequel a été réalisée l'étude, il est patent qu'un pourcentage élevé de ces mineurs présentent des antécédents de consultations, traitements et hospitalisations pour cause psychiatrique avant leur détention, ainsi que des comportements à risques et des troubles psychopathologiques et développementaux au moment de leur admission dans une institution pénitentiaire.

PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE ASSOCIÉS À LA DÉTENTION EN INSTITUTION

La détention d'un mineur dans une institution pénitentiaire peut, en elle-même, provoquer l'apparition de problèmes de santé mentale ou exacerber des troubles psychopathologiques pré-existants. Dans de nombreux cas, ces troubles proviennent des particularités de fonctionnement de l'institution ainsi que des troubles émotionnels dus à la situation judiciaire. De plus, le fait de vivre en communauté dans une institution peut faciliter l'apparition de problèmes de santé physiques et mentaux. (8)

Parmi les problèmes de santé mentale les plus fréquents, on peut mettre en évidence: (7, 8, 15)

- Des comportements dyssociaux (provoquer des disputes, des émeutes, des incendies; détruire le mobilier, etc.).
- Des comportement auto-dommageables (lésions physiques, ingestion délibérée de corps étrangers, consommation de stupéfiants, médicaments ou autres psychotropes).
- Des troubles émotionnels en relation avec le stress (dépression, agressivité, anxiété).
- Des tentatives de suicide dans le cadre d'un état dépressif (dans une proportion de deux à quatre fois plus élevée que dans la population adolescente en général, spécialement chez les adolescents qui ont des antécédent d'abus sexuels, de maladie mentale et/ou d'abus de drogues/alcool).
- Des troubles de somatisation (en particulier des symptômes douloureux et gastro-intestinaux).
- Des troubles de l'alimentation (anorexie, boulimie).
- Des troubles du sommeil (en particulier l'insomnie).
- Une décompensation d'une maladie psychiatrique préalable.
- Un syndrome de manque chez les adolescents dépendants de certaines substances.
- Un mauvais traitement physique, psychologique et/ou sexuel, perpétré par d'autres jeunes détenus ou par des travailleurs du centre.

INTERVENTIONS PSYCHIATRIQUES ET PSYCHOLOGIQUES EN INSTITUTIONS POUR MINEUR(E)S DÉTENU(E)S

Les interventions auprès des jeunes délinquants ont longtemps été considérées comme peu efficaces voire totalement vaines et peu de programmes ont été développés pour proposer des prises en charge de soins ou de réhabilitation.

Pourtant les investigations réalisées dans ce domaine ces 10 dernières années démontrent que l'on a réalisé des progrès significatifs dans le développement d'interventions efficaces pour la délinquance juvénile et qu'il existe des programmes d'intervention et de traitement qui réduisent le risque de récidive, même chez les jeunes délinquants très perturbés, violents et chroniques. Il a été démontré que les programmes d'intervention et de traitement à long terme basés sur la vie communautaire sont généralement plus efficaces que la prison dans la réduction des récidives. Les programmes résidentiels devraient donc être liés à des programmes de prise en charge communautaire. (16-18)

Le but de l'internement d'un mineur délinquant dans une institution pénitentiaire est sa rééducation, sa réhabilitation et sa réinsertion. Cependant, une grande part des détenus mineurs souffrent de problèmes de santé mentale et l'on ne peut prétendre atteindre un but de réinsertion tant que l'on a pas agi sur les troubles psychopathologiques eux-mêmes. Il est donc nécessaire, durant tout le séjour dans l'institution, de réaliser des interventions psychiatriques et psychologiques à même d'améliorer la santé mentale des jeunes, de modifier leur style de vie et de réduire leurs comportements à risques. Ces interventions doivent être réalisées de manière pluridisciplinaire et coordonnée, par des psychiatres, des psychologues, des médecins, des infirmiers diplômés et des éducateurs qualifiés en santé mentale auprès des adolescents. (8, 18)

Une fois recensés les antécédents socio sanitaires et les problèmes de santé mentale les plus fréquemment présentés par les mineurs détenus en institutions pénitentiaires, il est recommandé de prévoir les interventions psychiatriques et psychologiques suivantes. (7,8,13,16-20)

A) INTERVENTIONS À L'ADMISSION

L'objectif principal est d'identifier les mineurs qui, au moment de l'admission dans une institution pénitentiaire, présentent ou sont à risque de présenter des crises ou des problèmes aigus de santé mentale. Le but premier est de leur proposer des services de santé mentale appropriés afin d'assurer leur sécurité et leur sauvegarde physique, ainsi que celle des autres détenus et du personnel éducatif et soignant.

Pour cela, dans les premières heures de l'admission on doit réaliser un bilan de la santé mentale pour détecter la présence:

- D'intoxication aiguë par des substances stupéfiantes ou autres psychotropes.
- Des syndromes de manque.
- Des troubles psychiatriques aigus.
- Des troubles psychiatriques chroniques décompensés.

- Des comportements violents ou suicidaires.
- Des troubles émotionnels, à type d'état dépressif et/ou risque suicidaire.

A partir de ce bilan, on décidera de commencer ou de continuer des traitements psycho pharmacologiques après l'admission ou éventuellement d'orienter le jeune vers un hôpital psychiatrique, un centre de thérapie ou de désintoxication.

B) INTERVENTIONS AU COURS DES PREMIÈRES SEMAINES

L'objectif principal au cours des premières semaines est d'identifier les problèmes de comportement, les troubles psycho pathologiques et développementaux en se basant sur des protocoles diagnostiques appropriés. Le but est d'intervenir du point de vue thérapeutique et préventif de manière efficace durant l'emprisonnement.

Au cours de la première semaine, il est nécessaire de réaliser un dossier clinique complet de la santé mentale du mineur incluant les antécédents de mauvais traitement ou de négligences, de séjours préalables en centres de protection de mineurs, d'activités et de comportements sexuels à risques, de consommation de tabac, alcool, inhalation, stupéfiants et psychotropes, ainsi qu'un examen neuro psychiatrique, psychologique et psycho pharmacologique.

Durant le premier mois, les compétences cognitives seront évaluées et les défaillances spécifiques dans l'apprentissage seront détectées. Pour ce faire, une évaluation et un conseil psychopédagogique seront mis en œuvre.

Selon les résultats obtenus dans le dossier clinique et par l'examen de santé mentale, on pourra solliciter des examens complémentaires. Il s'avère important à ce stade de décrypter les modèles comportementaux et socio éducatifs propres aux jeunes et de déterminer une stratégie d'intervention individuelle pour chaque adolescent.

C) INTERVENTIONS DURANT L'INTERNEMENT

Les principaux objectifs durant l'internement pénitentiaire des adolescents sont les suivants :

1. Mesures visant à la sécurité et au bien-être des mineurs et du personnel soignant :
 - Programmes de prévention des accidents, agressions ou auto agressions dans les situations d'incarcération, d'internement ou d'isolement.
 - Elaboration de procédures standardisées pour la contention physique et la maîtrise de comportements violents.
 - Elaboration de programmes d'action dans les situations de crise.
 - Mise en place d'un cadre définissant clairement le comportement attendu de la part des mineurs et des soignants de façon à favoriser le respect mutuel, la discipline et l'ordre.
 - Développement d'un programme de prévention du suicide.
 - Evaluation spécifique des mineurs ayant fait une tentative de suicide et mise en place d'une surveillance stricte.

- Organisation d'un système de réponses internes et externes rapide et efficace face aux urgences de santé mentale.
2. Poursuite et développement des stratégies d'interventions et de traitements individuels pour chaque mineur :
 - a) Elaboration d'une réponse appropriée, contrôlée, et révisable périodiquement, aux problèmes de comportement et aux troubles psychopathologiques et développementaux déjà détectés antérieurement :
 - psychothérapie individuelle;
 - psychothérapie cognitive comportementale;
 - psychothérapie familiale;
 - psychothérapie de groupe;
 - groupe psycho éducatif;
 - traitement psycho pharmacologique;
 - programmes de surveillance et éventuellement de sevrage des toxico-dépendances;
 - programme de supervision et de soutien psycho éducatif;
 - programme d'apprentissage en compétences sociales;
 - programme de réhabilitation.
 - b) Réévaluation et réorganisation des programmes de soins en cas d'apparition de nouveaux problèmes de comportement, de troubles psycho pathologiques ou de consommation de stupéfiants durant l'internement.
 - c) Programme éducatif individuel adapté au niveau intellectuel, au développement, aux compétences, aux besoins et aux problèmes spécifiques de chaque adolescent. Préparation à la vie professionnelle ultérieure.
 3. Programme d'éducation pour la santé mentale, coordonné avec les programmes d'éducation à la santé somatique; interventions et informations spécifiques concernant :
 - a) Les modifications du comportement et de l'environnement qui facilitent le développement d'attitudes positives.
 - b) Les possibilités d'affrontement face au stress ambiant.
 - c) Les effets préjudiciables de régimes alimentaires inadéquats.
 - d) Les bénéfices des exercices physiques, de la pratique de sports et du repos.
 - e) Les effets préjudiciables de l'usage, de l'abus et de la dépendance au tabac, à l'alcool, aux drogues et autres substances.
 - f) Les risques comportementaux dus à la consommation de substances toxiques.
 - g) L'éducation sexuelle, lutte contre les comportements sexuels à risques, gestion de l'agressivité sexuelle et information sur ses conséquences.
 - h) Gestion et contrôle des troubles liés à la somatisation.

4. Programmes intégrés de réinsertion sociale.
La recherche et l'expérience clinique démontrent que les programmes les plus efficaces d'intervention et de traitement pour réduire la récidive ont certaines caractéristiques communes, dont les principales sont les suivantes:
 - a) Individualisées, orientées vers la famille, les pairs et l'école.
 - b) Multi-systémiques et intervenant sur les facteurs de risques pour la délinquance existante au niveau individuel, familial, scolaire, des pairs et de la communauté.
 - c) Dirigées par un professionnel qui coordonne efficacement les relations entre le système judiciaire, la famille et la communauté.
 - d) Réalisées par des professionnels bien entraînés.
 - e) Prévu une durée minimum de 6 mois.
 - f) Correctement planifiées et supervisées, et accompagnées d'outils d'évaluation.
5. Proposer une continuité des programmes d'intervention et de traitement lorsque le mineur quitte l'institution pénitentiaire. Assurer un transfert d'information clinique aux professionnels ou institutions qui vont continuer la prise en charge médicale, accompagnée d'une information aux familles ou tuteurs du mineur.

CONCLUSION

Pendant l'internement en institution, les professionnels sanitaires et les personnes qui s'occupent des jeunes quotidiennement ont une opportunité unique d'aider ces adolescents à haut risque socio sanitaire à améliorer leurs problèmes de santé physique, mentale et éducative. L'échec de l'identification précoce des besoins sanitaires de ces mineurs peut affecter leur qualité de vie ainsi que leur développement émotionnel, intellectuel et physique, et conduire ainsi à augmenter leurs difficultés de réhabilitation et réinsertion sociale. (1, 2, 8)

BIBLIOGRAPHIE

1. Currie E. Sociologic perspectives on juvenile violence. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2000; 9: 749-63.
2. Loeber R, Farrington DP. Young children who commit crime: epidemiology, developmental origins, risk factors, early interventions, and policy implications. *Dev Psychopathol* 2000; 12: 737-62.
3. Hawkins JD, Smith BH, Catalano RF. Delinquent behavior. *Pediatr Rev* 2002; 23: 387-92.
4. Feinstein RA, Lampkin A, Loris CD, Klerman LV, Maisiak R, Oh MK. Medical status of adolescents at time of admission to a juvenile detention center. *J Adolesc Health* 1998; 22: 190-6.
5. Dolan M, Holloway J, Bailey S, Smith C. Health status of juvenile offenders. A survey of young offenders appearing before the juvenile courts. *J Adolesc* 1999; 22: 137-44.
6. Oliván G. The health profile of Spanish incarcerated delinquent youths. *J Adolesc Health* 2001; 29: 384.
7. American Academy of Pediatrics, Committee on Adolescence. Health care for children and adolescents in the juvenile correctional care system. *Pediatrics* 2001; 107: 799-803.

8. Oliván-Gonzalvo G. Adolescentes delincuentes: problemas de salud y recomendaciones sanitarias para centros de reforma juvenil. *An Esp Pediatr* 2002; 57: 345-53.
9. Teplin LA, Abram KM, McClelland GM, Dulcan MK, Mericle AA. Psychiatric disorders in youth in juvenile detention. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59: 1133-43.
10. Abram KM, Teplin LA, McClelland GM, Dulcan MK. Comorbid psychiatric disorders in youth in juvenile detention. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 1097-108.
11. Vreugdenhil C, Van Den Brink W, Wouters LF, Doreleijers TA. Substance use, substance use disorders, and comorbidity patterns in a representative sample of incarcerated male Dutch adolescents. *J Nerv Ment Dis* 2003; 191: 372-8.
12. Robertson AA, Dill PI, Husain J, Undesser C. Prevalence of mental illness and substance abuse disorders among incarcerated juvenile offenders in Mississippi. *Child Psychiatry Hum Dev* 2004; 35: 55-74.
13. Cauffman E. A statewide screening of mental health symptoms among juvenile offenders in detention. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004; 43: 430-9.
14. Vreugdenhil C, Doreleijers TA, Vermeiren R, Wouters LF, van den Brink W. Psychiatric disorders in a representative sample of incarcerated boys in the Netherlands. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004; 43: 97-104.
15. Morgan J, Hawton K. Self-reported suicidal behavior in juvenile offenders in custody: prevalence and associated factors. *Crisis* 2004; 25: 8-11.
16. Borduin CM. Multisystemic treatment of criminality and violence in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38: 242-9.
17. Redding RE. Characteristics of effective treatments and interventions for juvenile offenders. *Juvenile Justice Fact Sheet*. Charlottesville, VA: Institute of Law, Psychiatry, & Public Policy, University of Virginia, 2000.
18. Underwood LA, Barretti L, Storms TL, Safonte-Strumolo N. A review of clinical characteristics and residential treatments for adolescents with mental health disorders: a promising residential program. *Trauma Violence Abuse* 2004; 5: 199-242.
19. Cuellar AE, Markowitz S, Libby AM. Mental health and substance abuse treatment and juvenile crime. *J Ment Health Policy Econ* 2004; 7: 59-68.
20. Performance-based Standards for Youth Correction and Detention Facilities. Braintree, MA: Council of Juvenile Correctional Administrators, 2004.