



HAL
open science

État des lieux de la première année d'ouverture de l'Unité Hospitalière Spécialement Aménagée de Marseille

Garance Bondoux

► **To cite this version:**

Garance Bondoux. État des lieux de la première année d'ouverture de l'Unité Hospitalière Spécialement Aménagée de Marseille. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-02978558

HAL Id: dumas-02978558

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02978558v1>

Submitted on 26 Oct 2020

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

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

**Etat des lieux de la première année d'ouverture de l'Unité Hospitalière
Spécialement Aménagée de Marseille**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES
DE MARSEILLE**

Le 6 Octobre 2020

Par Madame Garance BONDOUX

Née le 3 juillet 1991 à Le Creusot (71)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de PSYCHIATRIE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur BARTOLI Christophe	Président
Madame le Docteur GIRAVALLI Pascale	Directeur
Monsieur le Docteur (MCU-PH) CERMOLACCE Michel	Assesseur
Monsieur le Docteur (MCU-PH) GUIVARCH Jokthan	Assesseur

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	:	Pr. Georges LEONETTI
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI

Asseseurs :

➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➤ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur	:	Pr. Jean-Michel VITON
------------------	---	------------------------------

Chargés de mission

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- 1^{er} cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2^{ème} cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso- kinésithérapie 1^{er} cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2^{ème} cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

PROFESSEURS HONORAIRES

MM AGOSTINI Serge
ALDIGHIERI René
ALESSANDRINI Pierre
ALLIEZ Bernard
AQUARON Robert
ARGEME Maxime
ASSADOURIAN Robert
AUFFRAY Jean-Pierre
AUTILLO-TOUATI Amapola
AZORIN Jean-Michel
BAILLE Yves
BARDOT Jacques
BARDOT André
BERARD Pierre
BERGOIN Maurice
BERLAND Yvon
BERNARD Dominique
BERNARD Jean-Louis
BERNARD Pierre-Marie
BERTRAND Edmond
BISSET Jean-Pierre
BLANC Bernard
BLANC Jean-Louis
BOLLINI Gérard
BONGRAND Pierre
BONNEAU Henri
BONNOIT Jean
BORY Michel
BOTTA Alain
BOURGEADE Augustin
BOUVENOT Gilles
BOUYALA Jean-Marie
BREMONT Georges
BRICOT René
BRUNET Christian
BUREAU Henri
CAMBOULIVES Jean
CANNONI Maurice
CARTOUZOU Guy
CAU Pierre
CHABOT Jean-Michel
CHAMLIAN Albert
CHARPIN Denis
CHARREL Michel
CHAUVEL Patrick
CHOUX Maurice
CIANFARANI François
CLAVERIE Jean-Michel
CLEMENT Robert
COMBALBERT André
CONTE-DEVOLX Bernard
CORRIOL Jacques
COULANGE Christian
DALMAS Henri
DE MICO Philippe
DESSEIN Alain
DELARQUE Alain
DEVIN Robert
DEVRED Philippe
DJIANE Pierre
DONNET Vincent
DUCASSOU Jacques

MM DUFOUR Michel
DUMON Henri
ENJALBERT Alain
FAVRE Roger
FIECHI Marius
FARNARIER Georges
FIGARELLA Jacques
FONTES Michel
FRANCES Yves
FRANCOIS Georges
FUENTES Pierre
GABRIEL Bernard
GALINIER Louis
GALLAIS Hervé
GAMERRE Marc
GARCIN Michel
GARNIER Jean-Marc
GAUTHIER André
GERARD Raymond
GEROLAMI-SANTANDREA André
GIUDICELLI Roger
GIUDICELLI Sébastien
GOUDARD Alain
GOUIN François
GRILLO Jean-Marie
GRISOLI François
GROULIER Pierre
HADIDA/SAYAG Jacqueline
HASSOUN Jacques
HEIM Marc
HOUEL Jean
HUGUET Jean-François
JAQUET Philippe
JAMMES Yves
JOUVE Paulette
JUHAN Claude
JUN Pierre
KAPHAN Gérard
KASBARIAN Michel
KLEISBAUER Jean-Pierre
LACHARD Jean
LAFFARGUE Pierre
LAUGIER René
LE TREUT Yves
LEVY Samuel
LOUCHET Edmond
LOUIS René
LUCIANI Jean-Marie
MAGALON Guy
MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
METGE Paul
MICHOTÉY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice

PROFESSEURS HONORAIRES

MM MONTIES Jean-Raoul
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

EMERITAT

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille	GUEDJ Eric
ALBANESE Jacques	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
ALIMI Yves	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
AMABILE Philippe	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
AMBROSI Pierre	COWEN Didier	GUYOT Laurent
ANDRE Nicolas	CRAVELLO Ludovic	<i>GUYS Jean-Michel Surnombre</i>
ARGENSON Jean-Noël	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
ASTOUL Philippe	<i>CURVALE Georges Surnombre</i>	HARDWIGSEN Jean
ATTARIAN Shahram	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AUDOUIN Bertrand	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	<i>HOFFART Louis Disponibilité</i>
AUQUIER Pascal	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
AVIERINOS Jean-François	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
AZULAY Jean-Philippe	D'ERCOLE Claude	JOURDE-CHICHE Noémie
BAILLY Daniel	D'JOURNO Xavier	JOUVE Jean-Luc
BARLESI Fabrice	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARLIER-SETTI Anne	DELAPORTE Emmanuel	KARSENTY Gilles
BARTHET Marc	<i>DELPERO Jean-Robert Surnombre</i>	<i>KERBAUL François détachement</i>
BARTOLI Christophe	DENIS Danièle	KRAHN Martin
BARTOLI Jean-Michel	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BARTOLI Michel	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BARTOLOMEI Fabrice	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BASTIDE Cyrille	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
BERBIS Philippe	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERBIS Julie	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BERDAH Stéphane	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
<i>BERNARD Jean-Paul Retraite au 25/11/2019</i>	EBBO Mikaël	LECHEVALLIER Eric
BEROUD Christophe	EUSEBIO Alexandre	LEGRE Régis
BERTUCCI François	FAKHRY Nicolas	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BLAISE Didier	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEONE Marc
BLIN Olivier	FELICIAN Olivier	LEONETTI Georges
BLONDEL Benjamin	FENOLLAR Florence	LEPIDI Hubert
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEVY Nicolas
BONELLO Laurent	FLECHER Xavier	MACE Loïc
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard	MAGNAN Pierre-Edouard
<i>BOTTA/FRIDLUND Danielle Surnombre</i>	FRANCESCHI Frédéric	MANCINI Julien
<i>BOUBLI Léon Surnombre</i>	FUENTES Stéphane	<i>MATONTI Frédéric Disponibilité</i>
BOUFI Mourad	GABERT Jean	MEGE Jean-Louis
BOYER Laurent	GABORIT Bénédicte	MERROT Thierry
BREGEON Fabienne	GAINNIER Marc	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BRETELLE Florence	GARCIA Stéphane	MEYER/DUTOUR Anne
BROUQUI Philippe	GARIBOLDI Vlad	MICCALEF/ROLL Joëlle
BRUDER Nicolas	GAUDART Jean	MICHEL Fabrice
BRUE Thierry	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MICHEL Gérard
BRUNET Philippe	GENTILE Stéphanie	MICHEL Justin
BURTEY Stéphane	GERBEAUX Patrick	MICHELET Pierre
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GEROLAMI/SANTANDREA René	MILH Mathieu
CASANOVA Dominique	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MILLION Matthieu
CASTINETTI Frédéric	GIORGI Roch	MOAL Valérie
CECCALDI Mathieu	GIOVANNI Antoine	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHAGNAUD Christophe	GIRARD Nadine	MOULIN Guy
CHAMBOST Hervé	GIRAUD/CHABROL Brigitte	MOUTARDIER Vincent
CHAMPSAUR Pierre	GONCALVES Anthony	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
CHANEZ Pascal	GRANEL/REY Brigitte	NAUDIN Jean
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GRANVAL Philippe	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHARREL Rémi	GREILLIER Laurent	NICOLLAS Richard
CHAUMOITRE Kathia	GRIMAUD Jean-Charles	OLIVE Daniel
CHIARONI Jacques	GROB Jean-Jacques	OUAFIK L'Houcine
CHINOT Olivier		OVAERT-REGGIO Caroline

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAGANELLI Franck	ROCH Antoine	TRIGLIA Jean-Michel
PANUEL Michel	ROCHWERGER Richard	TROPIANO Patrick
PAPAZIAN Laurent	ROLL Patrice	TSIMARATOS Michel
PAROLA Philippe	ROSSI Dominique	TURRINI Olivier
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Pascal	VALERO René
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROUDIER Jean	VAROQUAUX Arthur Damien
PELLETIER Jean	SALAS Sébastien	VELLY Lionel
PERRIN Jeanne	<i>SAMBUC Roland Surnombre</i>	VEY Norbert
PETIT Philippe	SARLES/PHILIP Nicole	VIDAL Vincent
PHAM Thao	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIENS Patrice
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SCAVARDA Didier	VILLANI Patrick
PIQUET Philippe	SCHLEINITZ Nicolas	VITON Jean-Michel
PIRRO Nicolas	SEBAG Frédéric	VITTON Véronique
POINSO François	SEITZ Jean-François	VIEHWEGER Heide Elke
RACCAH Denis	SIELEZNEFF Igor	VIVIER Eric
RANQUE Stéphane	SIMON Nicolas	XERRI Luc
RAOULT Didier	STEIN Andréas	
REGIS Jean	TAIEB David	
REYNAUD/GAUBERT Martine	THIRION Xavier	
REYNAUD Rachel	THOMAS Pascal	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	THUNY Franck	
ROCHE Pierre-Hugues	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès	

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
GUIDA Pierre

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES (disciplines médicales)

LOUIS-BORRIONE Claude

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AHERFI Sarah	ELDIN Carole	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil (<i>disponibilité</i>)	FABRE Alexandre	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FAURE Alice	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FOLETTI Jean- Marc	PAULMYER/LACROIX Odile
BEGE Thierry	FOUILLOUX Virginie	PESENTI Sébastien
BELIARD Sophie	FRANKEL Diane	RADULESCO Thomas
BENYAMINE Audrey	FROMNOT Julien	RESSEGUIER Noémie
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GASTALDI Marguerite	ROBERT Philippe
BERTRAND Baptiste	GELSI/BOYER Véronique	ROMANET Pauline
BEYER-BERJOT Laura	GIUSIANO Bernard	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GONZALEZ Jean-Michel	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GOURIET Frédérique	SECQ Véronique (<i>disponibilité</i>)
BOULAMERY Audrey	GRAILLON Thomas	STELLMANN Jan-Patrick
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOUSSEN Salah Michel	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	GUIVARCH Jokthan	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	HRAIECH Sami	TOSELLO Barthélémy
CERMOLACCE Michel	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	VELY Frédéric
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VION-DURY Jean
CUNY Thomas	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	ZATTARA/CANNONI Hélène
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DALES Jean-Philippe	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MAAROUF Adil	
DELLIAUX Stéphane	MACAGNO Nicolas	
DESPLAT/JEGO Sophie	MAUES DE PAULA André	
DEVILLIER Raynier	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUBOURG Grégory	NGUYEN PHONG Karine	
DUCONSEIL Pauline		
DUFOUR Jean-Charles		

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	POUGET Benoît
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BERLAND/BENHAIM Caroline	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
JANCZEWSKI Aurélie
NUSSLI Nicolas
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle
THERY Didier (nomination au 1/10/2019)

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline
EVANS-VIALLAT Catherine
LUCAS Guillaume
MATHIEU Marion
MAYENS-RODRIGUES Sandrine
MELLINAS Marie
REVIS Joana
ROMAN Christophe
TRINQUET Laure

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants**

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) *disponibilité*

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH) *disponibilité*

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
POUGET Benoît (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) *disponibilité*
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

FRANKEL Diane (MCU-PH)
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)
DRH Campus Timone

MAJ 01.09.2019

GUEDJ Eric (PU-PH)
 GUYE Maxime (PU-PH)
 MUNDLER Olivier (PU-PH) *Surnombre*
 TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
 RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
 VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale
 ET Technologies de Communication 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)
 GIORGI Roch (PU-PH)
 MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
 DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
 GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
 BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)
 CURVALE Georges (PU-PH) *Surnombre*
 FLECHER Xavier (PU PH)
 PARRATTE Sébastien (PU-PH) *Disponibilité*
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
 CHINOT Olivier (PU-PH)
 COWEN Didier (PU-PH)
 DUFFAUD Florence (PU-PH)
 GONCALVES Anthony PU-PH)
 HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
 SALAS Sébastien (PU-PH)
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
 BONELLO Laurent (PU PH)
 BONNET Jean-Louis (PU-PH)
 CUISSET Thomas (PU-PH)
 DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
 FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
 HABIB Gilbert (PU-PH)
 PAGANELLI Franck (PU-PH)
 THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
 DELPERO Jean-Robert (PU-PH) *Surnombre*
 HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
 MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
 SEBAG Frédéric (PU-PH)
 SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
 TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
 BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)
 BIRNBAUM David (MCU-PH)
 DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
 GUERIN Carole (MCU PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYE Jean-Michel (PU-PH) *Surnombre*
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
 LAUNAY Franck (PU-PH)
 MERROT Thierry (PU-PH)
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)
 FAURE Alice (MCU PH)
 PESENTI Sébastien (MCU-PH)

LOUIS-BORRIONE Claude (PR associé des Universités)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
 GUYOT Laurent (PU-PH)
 FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)
 DODDOLI Christophe (PU-PH)
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
 MACE Loïc (PU-PH)
 THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE,**RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004**

CASANOVA Dominique (PU-PH)
 LEGRE Régis (PU-PH)

BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
 AMABILE Philippe (PU-PH)
 BARTOLI Michel (PU-PH)
 BOUFI Mourad (PU-PH)
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
 PIQUET Philippe (PU-PH)
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)
 LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH) retraite au 25/11/2019
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) Surnombre
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)
 GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
 SEITZ Jean-François (PU-PH)
 VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
 DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
 KRAHN Martin (PU-PH)
 LEVY Nicolas (PU-PH)
 SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
 EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)
 LUCAS Guillaume (MAST)
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
 MELLINAS Marie (MAST)
 ROMAN Christophe (MAST)
 TRINQUET Laure (MAST)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
 TOGA Caroline (MCU-PH)
 ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH) Surnombre
 BRETELLE Florence (PU-PH)
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
 COURBIERE Blandine (PU-PH)
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
 CUNY Thomas (MCU PH)

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 BERBIS Julie (PU-PH)
 BOYER Laurent (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)
 SAMBUC Roland (PU-PH) Surnombre
 THIRION Xavier (PU-PH)

BLAISE Didier (PU-PH)
 COSTELLO Régis (PU-PH)
 CHIARONI Jacques (PU-PH)
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
 VEY Norbert (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 LOOSVELD Marie (MCU-PH)
 SUCHON Pierre (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
 TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

IMMUNOLOGIE 4703

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)
 OLIVE Daniel (PU-PH)
 VIVIER Eric (PU-PH)

BARTOLI Christophe (PU-PH)
 LEONETTI Georges (PU-PH)
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
 ROBERT Philippe (MCU-PH)
 VELY Frédéric (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
 MILLION Matthieu (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
 SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

KERBAUL François (PU-PH) détachement
 MICHELET Pierre (PU-PH)

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)
 EBBO Mikael (MCU-PH)
 DRH Campus Timone

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

GUIDA Pierre (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)

CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)

JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) (nomination au 1/10/2019)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DENIS Danièle (PU-PH)

HOFFART Louis (PU-PH) Disponibilité

MATONTI Frédéric (PU-PH) Disponibilité

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphanie (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)

AUDOIN Bertrand (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)

CECCALDI Mathieu (PU-PH)

EUSEBIO Alexandre (PU-PH)

FELICIAN Olivier (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803

BLIN Olivier (PU-PH)

FAUGERE Gérard (PU-PH) Surnombre

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

RANQUE Stéphane (PU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

MATHIEU Marion (MAST)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402**PEDIATRIE 5401**

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

MICHEL Gérard (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

BONINI Francesca (MCU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

FABRE Alexandre (MCU-PH)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903**PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101**

BAILLY Daniel (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

BARLESI Fabrice (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

AGHABABIAN Valérie (PR)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**RHUMATOLOGIE 5001**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

PANUEL Michel (PU-PH)

PETIT Philippe (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802**UROLOGIE 5204**

GAINNIER Marc (PU-PH)

BASTIDE Cyrille (PU-PH)

GERBEAUX Patrick (PU-PH)

KARSENTY Gilles (PU-PH)

PAPAZIAN Laurent (PU-PH)

LECHEVALLIER Eric (PU-PH)

ROCH Antoine (PU-PH)

ROSSI Dominique (PU-PH)

HRAIECH Samir (MCU-PH)

MAJ 01.09.2019

Remerciements

A Monsieur le Professeur Christophe Bartoli, je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de présider le jury de ma thèse. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de mon plus profond respect.

A Monsieur le Docteur Michel Cermolacce, pour l'honneur que vous me faites de siéger dans le jury de ma thèse, je vous assure de ma considération et de ma grande reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Jokthan Guivarch, vous avez accepté rapidement de faire partie de mon jury. Très sensible à votre intérêt et vos précieux conseils, je vous exprime toute ma gratitude et ma plus profonde reconnaissance.

A ma directrice de thèse, Madame le Docteur Pascale Giravalli, je te remercie sincèrement pour l'intérêt que tu as porté à ma thèse, pour ta disponibilité et ton aide précieuse.

A Sophie et Aude, & à toute l'équipe du secteur 14 pour m'avoir épaulée dans mes premiers pas en psychiatrie, pour votre patience, votre bienveillance et pour m'avoir fait aimer ce métier. Je suis très heureuse de débiter ma carrière de psychiatre à vos côtés.

Aux médecins & équipes que j'ai pu croisé pendant ces 4 ans pour votre accueil chaleureux,

A Sandrine et Julien, pour nous avoir soutenues dans l'adversité, quand le papier et le savon manquaient. C'est toujours un plaisir de vous retrouver autour d'un verre,

A toute l'équipe du SMPR et à Victoire, pour votre bienveillance et pour m'avoir fait découvrir la psychiatrie en milieu pénitentiaire,

A Charlotte, Marc & à toute l'équipe de l'USIA, pour votre bonne humeur,

Aux équipes de périnatalité et du CMP Saint Louis pour cet été riche en sorties et en émotions,

A Florence, Pierre, Monique, Mouna, Samuel et Baptiste pour ces 6 mois passés à l'UHSA. Merci à Audrey pour ton aide dans les réalisation de mon travail, pour ta disponibilité et ta gentillesse.

A Emma, à tous ces stages passés en ensemble, merci de m'écouter râler pendant des heures et avoir attendu que je me calme, de me freiner dans mes achats compulsifs et de partager les ragots avec moi, merci d'être une amie si spéciale. J'espère que tu as toujours envie de venir en vacances à Couches avec moi. Je ne pouvais pas rêver d'une meilleure collègue pour ma vie future,

A Barbara, ma voisine, partenaire de sport, catsitter et amie. Merci d'être toujours là quand j'en ai besoin, d'avoir sauvé ma thèse à quelques jours de Noël, d'être la plus gentille d'entre nous et de toujours m'aimer même si mon chat a ruiné ton canapé,

A Léa, pour ton aide précieuse pour ma thèse, merci de ne pas m'avoir laissée à Zion,

A toutes les Breaking gossip, Amina, Chloé, Delphine, Sonia, Karine & Anna pour ces soirées et ces ragots qui ont égayé mon internat,

A Cyrielle, Laureen & aux petites poupées, pour votre soutien et votre amitié sincère depuis toutes ces années. Je suis heureuse qu'on partage toutes ces étapes importantes de la vie ensemble,

A Judith, & à toutes ces soirées de révisions à Dijon, à tous ces voyages et à cette amitié qui dure depuis si longtemps. Merci d'être là depuis le premier jour,

A Ninon, Claire et Mathilde, pour ce petit quatuor qui reste intact malgré la distance. Pour nos weekends et nos voyages au bout du monde, pour me laisser être la reine et pour toujours porter mon sac dans nos folles randonnées, j'espère que ce n'est que le début,

A Alice, pour tous ces stages d'externe ensemble, ces soirées, ces fous rires et ces journées révisions. Grâce à toi, le cancer du côlon n'a plus de secret pour moi. J'aurai aimé que tu puisses être là pour ce jour dont on a si souvent parlé,

A Hélène, Manon, Tiphaine, Alex, Daniel et Morgan, et tous les autres copains de Dijon pour ces années insouciantes et ces soirées mémorables. C'est toujours un plaisir de vous retrouver, surtout à l'autre bout du monde,

A Rodolphe, pour ces liens qui restent si forts même si la Manche nous sépare. Merci de m'accompagner depuis le début dans tous les moments importants. Merci à toute la famille Servy pour votre accueil et tous ces moments passés ensemble, vous êtes une vraie famille pour moi,

A ma toute ma famille, proche ou éloignée, qui malgré la distance reste très présente, merci pour votre soutien pendant mes études,

A mon oncle Laurent, ma tante Patou et mes cousines Margo & Lisa pour ces weekends et ses discussions tardives après quelques verres qui réchauffent le cœur,

A mon oncle Pierre, et mes cousins Arthur et Salomé, que j'ai toujours plaisir à retrouver à Couches,

A ma tante Domi, toujours disponible, de prendre soin de moi et de si bien me faire à manger quand je viens te voir,

A ma grand-mère, toujours fière de moi, pour ta gentillesse et ta bienveillance,

A mes grands-parents, pour vous être occupé de mon chat à chaque fois que je partais découvrir le monde et pour votre aide précieuse. Merci Mamie d'avoir relu ma thèse et corrigé mes fautes,

A mon frère Baptiste, ma belle-sœur et mes nièces, que je ne vois pas aussi souvent que je le souhaiterais mais qui répondent toujours présent pour passer les moments importants à mes côtés,

A Doudouche, le plus beau chat du monde, un des plus grands soutien pendant ces années de révision à la maison et pendant la rédaction de ma thèse,

A ma mère et mon grand-père, que j'aurais aimé avoir près de moi ces dernières années, je ne vous oublie pas.

Enfin, à mon père, mon plus grand soutien. Merci de m'aiguiller dans mes choix, de toujours m'épauler et de m'avoir aidé à devenir l'adulte que je suis aujourd'hui. Tu es un vrai modèle pour moi.

Table des matières

I. INTRODUCTION	4
A. NAISSANCE ET EVOLUTION DES LIENS ENTRE CRIME ET FOLIE	7
1. De l'Antiquité à la Révolution	7
a. L'Antiquité	7
b. Le Moyen-Âge	8
2. Après la Révolution Française	8
a. La création des prisons en France	8
b. La loi du 30 juin 1838	9
c. Article 64 du Code Pénal de 1810	9
d. Un régime dichotomique de l'enfermement	10
e. La deuxième guerre mondiale	11
3. L'après-guerre	11
a. La réforme Amor du 2 juillet 1946	12
b. Le Code de Procédure Pénale (CPP) de 1958	12
c. Nouvelles politiques de santé (10)	13
d. Évolution de la loi sur l'irresponsabilité pénale	14
B. NAISSANCE ET EVOLUTION DU DISPOSITIF DE SOINS PSYCHIATRIQUES POUR LES PERSONNES DETENUES	15
1. La création des centres médico-psychologiques régionaux (CMPR)	15
2. Le décret du 14 mars 1986	15
a. La sectorisation psychiatrique pour les personnes détenues	16
b. Les services médico-psychologiques régionaux (SMPR)	16
3. La loi du 18 janvier 1994	17
4. Les hospitalisations en psychiatrie	19
5. Un dispositif insuffisant révélé par plusieurs rapports alarmants	20
a. Le rapport Pradier, 1999	20
b. Le rapport du Sénat, 2000	21
c. Le rapport Floch, 2000	21
d. Le rapport Roelandt-Piel, 2001	21
e. Le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), 2001	22
6. Création des UHSA	22
a. Justification de leur création	22
b. Naissance des UHSA	23
c. L'accueil des UHSA par la communauté psychiatrique	25
7. Organisation et fonctionnement des UHSA	26
a. Population ciblée	26
b. Procédure d'admission et de sortie	27
c. Le fonctionnement des UHSA	29
d. Les missions des personnels pénitentiaires de l'UHSA	30
e. Les autres intervenants	31
f. Coordination entre les personnels de santé et les personnels pénitentiaires	31
g. Règles pénitentiaires applicables aux patients de l'UHSA	32
h. Modalités de transport	33
C. DISPOSITIF DE SOINS PSYCHIATRIQUES ACTUEL POUR LES PERSONNES DETENUES (65)	34
1. Deux niveaux de soins somatiques	34
a. Les unités sanitaires	34
b. A l'hôpital	35
2. Trois niveaux de soins psychiatriques	35

a.	Le niveau 1.....	35
b.	Le niveau 2.....	35
c.	Le niveau 3.....	37
3.	L'UHSA de Marseille	39
D.	ÉTAT DES LIEUX DE LA JUSTICE	42
1.	Les procédures pénales	42
a.	Les délits.....	42
b.	Les crimes.....	42
2.	Le statut judiciaire	42
a.	Les condamnés.....	42
b.	Les prévenus.....	43
3.	Les établissements pénitentiaires (67)	43
4.	La population carcérale (67)	45
E.	SANTÉ MENTALE EN MILIEU CARCÉRAL	48
1.	Étude épidémiologique sur la santé mentale des personnes détenues en prison (68)	48
2.	Santé mentale en population carcérale (69)	50
3.	Autres études	50
4.	Les femmes et les mineurs	51
II. MATÉRIELS ET MÉTHODES.....		53
A.	OBJECTIF PRINCIPAL ET OBJECTIFS SECONDAIRES.....	54
B.	TYPE DE L'ÉTUDE.....	54
C.	POPULATION CONCERNÉE, CRITÈRES ET LIEU D'INCLUSION.....	55
D.	DEROULEMENT.....	55
E.	LES OUTILS STATISTIQUES.....	56
III. RESULTATS ET ANALYSE DES DONNÉES.....		57
A.	CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES.....	58
B.	CARACTÉRISTIQUES JUDICIAIRES.....	61
C.	ANTECEDENTS.....	63
D.	HOSPITALISATIONS.....	65
1.	Les motifs d'hospitalisation	66
2.	Le diagnostic principal	68
3.	Les modalités de soin	70
E.	DELAI D'ADMISSION.....	72
F.	ISOLEMENT.....	75
G.	INTERVENTIONS DE L'ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE.....	76
H.	SORTIES D'HOSPITALISATION.....	77
I.	TRAITEMENT DE SORTIE.....	79
IV. DISCUSSION.....		81
A.	DISCUSSION AUTOUR DE NOTRE ÉTUDE.....	82
1.	Les points forts de l'étude	82
a.	Une population comparable à la population carcérale pour ce qui est des caractéristiques sociodémographiques et judiciaires.....	82
b.	Une part importante de patients souffrant de trouble psychotique.....	84
c.	Des chiffres comparables à la littérature concernant les autres UHSA.....	85
d.	Une prévalence élevée de crises suicidaires.....	86
e.	Une part importante d'hospitalisations en soins libres.....	87
f.	Un recours important à l'isolement.....	88
g.	D'importants délais d'admissions.....	89
h.	Les populations particulières : les femmes et les mineurs.....	90
i.	Profil type.....	91
2.	Les limites de l'étude	92
B.	LES UHSA, UNE REELLE AVANCEE DANS LE PARCOURS DE SOINS PSYCHIATRIQUES DES PERSONNES DETENUES ?	93
1.	Les avancées permises par les UHSA	93

a.	La diminution des hospitalisations en SDRE D398.....	93
b.	L'amélioration de la qualité des soins	94
2.	<i>Les limites du dispositif</i>	96
a.	Les constats à l'échelle nationale	96
b.	Les craintes relatives à l'existence des UHSA	98
C.	PERSPECTIVES	99
1.	<i>Développer la littérature sur les UHSA</i>	99
2.	<i>Proposer des pistes d'amélioration</i>	100
3.	<i>Développer des solutions alternatives ?</i>	101
a.	En présenticiel	101
b.	En postsentenciel.....	102

V. CONCLUSION 104

BIBLIOGRAPHIE	107
ABREVIATIONS	114

I. Introduction

Depuis l'Antiquité, une relation étroite entre crime et folie existe. Tantôt enfermés dans les asiles, tantôt dans les prisons, la place des fous ayant commis des crimes a toujours posé question.

Le 5 février 2018, une unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) a ouvert à Marseille. Il s'agit d'une structure hospitalière chargée d'accueillir les personnes détenues nécessitant des soins psychiatriques à temps complet.

La création des UHSA, officialisée par la circulaire interministérielle du 18 mars 2011 soulève un certain nombre de questions, à la fois sur les bénéfices à court terme pour les patients accueillis mais également sur les risques de dérapage et d'instrumentalisation de telles structures. L'ouverture des UHSA a-t-elle permis une réelle avancée dans la prise en charge psychiatrique des personnes détenues ? Permet-elle comme la loi du 18 janvier 1994 le préconisait un accès aux soins identique à celui de la population générale ? Au contraire, entérine-t-elle la place des personnes atteintes de pathologies psychiatriques ayant commis des crimes ou des délits en prison en remettant en question le fondement même de la notion d'irresponsabilité pénale ?

Dans la première partie, nous décrivons le contexte d'ouverture de ces unités après avoir resitué le contexte historique et décrit le dispositif de soins psychiatriques pour les personnes détenues. Nous présenterons également un état des lieux actuel de la Justice ainsi que les principales données épidémiologiques de santé mentale en milieu pénitentiaire.

Ensuite, notre travail porte sur l'étude des patients accueillis à l'UHSA de Marseille lors de sa première année d'ouverture. Nous décrivons les caractéristiques sociodémographiques, judiciaires, les antécédents psychiatriques des patients, les caractéristiques des hospitalisations, les modalités d'entrée et de sortie ainsi que les ordonnances de sortie. Nous nous sommes attardés sur les délais d'admission et sur la description des durées de séjours selon plusieurs facteurs afin de mieux les comprendre et, si possible, de trouver des pistes d'amélioration.

L'analyse des résultats a permis de mettre en évidence les apports de la construction des UHSA dans la prise en charge psychiatrique des personnes détenues mais aussi d'en apercevoir les limites.

Pour conclure, nous avons pu dégager certaines pistes de réflexion pour améliorer le fonctionnement des UHSA mais aussi pour poursuivre la progression des alternatives à l'incarcération pour les personnes souffrant de pathologies psychiatriques graves qui se développent ces dernières années.

A. Naissance et évolution des liens entre crime et folie

Depuis l'Antiquité, il existe une relation étroite entre crime et folie, qui a évolué au fil des siècles. De tout temps, les crimes commis par les fous soulèvent la question de la responsabilité pénale pour les infractions commises par des personnes atteintes de trouble mental et des sanctions pénales données.

Nous décrivons dans cette partie l'évolution des liens entre crime et folie à partir des principaux textes de loi relatifs à l'irresponsabilité pénale et aux modalités de prise en charge des fous criminels.

1. De l'Antiquité à la Révolution

a. L'Antiquité

Le droit romain avait déjà intégré la notion d'irresponsabilité pénale. En effet, Platon décrivait la notion de non-lieu juridique au Vème siècle avant J-C : « *si un crime est commis par folie, maladie, trop grande vieillesse ou enfance, l'auteur doit payer le dommage qu'il a fait, mais il sera exempté de toute peine* » (1).

M. Guttmacher, psychiatre légal américain, prétend que le peuple juif fut le premier des peuples antiques à abandonner le principe des représailles automatiques et à considérer le degré de responsabilité de l'accusé.

Déjà à cette époque, les fous étaient rejetés. En Mésopotamie, la population avait une attitude cruelle vis à vis des « *fous* » qui menaçaient la paix ou l'ordre public. Ils étaient chassés de la société, se réfugiaient dans les forêts où leur état s'aggravait, et devenaient ainsi des objets de terreur (2).

b. Le Moyen-Âge

La question du traitement social des fous a débuté dès le Moyen-Âge. Des traitements existaient déjà pour les malades mentaux, principalement à domicile. L'hôpital du Saint Esprit à Montpellier accueillait les fous, recherchait l'origine de leur folie et y apportait un remède dès le 12^{ème} siècle (3).

Michel Foucault, dans son ouvrage *Histoire de la folie à l'âge classique* (4), évoque le mythe de la nef des fous. Ce dernier, mentionné initialement en 1486 par Sébastien Brandt dans un poème (5), décrit le voyage en bateau de 111 fous, partis pour une destination lointaine. Il pourrait reposer sur de réels fondements. Plusieurs documents du Moyen Âge font état de « *cargaisons de fous* », qui n'étaient autorisées à accoster dans aucun port. Ce mythe dépeint avec brutalité un concept de la folie diffus et imprécis, intolérable pour la société.

Pendant la période du « *grand renfermement* » au 17^{ème} siècle, Louis XIV crée sur décret royal les hôpitaux généraux, structures semi-juridiques, visant à protéger la société des « *indésirables et des oisifs* », comprenant les mendiants, les malades et les fous.

L'emprisonnement ne fait pas partie de l'arsenal des peines prévues par le code criminel de l'Ancien Régime. Les prisons ne servent qu'aux débiteurs et aux accusés en attente de leur jugement. Il y a, à cette époque, une grande confusion entre les malades mentaux et les criminels(4).

2. Après la Révolution Française

a. La création des prisons en France

Cesare Beccaria, l'un des principaux théoriciens du Droit contemporain, publie en 1764 « *Traité des délits et des peines* » (6), recueil de critiques sur la Justice criminelle, desquelles il dégage des principes et des enseignements. Son travail aurait déclenché une vive

polémique ayant grandement participé à la naissance de la peine de prison, déclinée en emprisonnement correctionnel et en réclusion criminelle (7).

b. La loi du 30 juin 1838

Quelques années plus tard, en France, Jean-Etienne Esquirol, psychiatre et médecin chef de la Maison Royale de Charenton, est à l'origine de la création des asiles avec la loi du 30 juin 1838, dite « *loi des aliénés* » (8). Elle instaure la mise en place d'au moins un asile par département sous le contrôle de l'autorité publique.

On parle alors de placement, qui peut se faire selon deux modes :

- « *volontaire* » demandé par un tiers avec la nécessité d'un certificat médical à l'initiation, puis tous les quinze jours. La levée du placement peut être faite soit par un certificat médical, soit à la demande du préfet, du curateur, ou par ordre d'importance par l'époux, les ascendants ou les descendants, mais encore par la personne ayant demandé le placement ou une personne autorisée par le conseil de famille.
- « *ordonné par l'autorité publique* » à la demande du préfet, en cas de trouble à l'ordre public. Un certificat médical est là aussi nécessaire à l'initiation, puis tous les 6 mois. On parle alors de placement d'office.

C'est la naissance de la psychiatrie asilaire et de l'aliénisme.

L'article 24 vient marquer la séparation entre aliénation et criminalité « *dans aucun cas les aliénés ne pourront être conduits avec les condamnés ou les prévenus, ni déposés dans une prison* (8) ».

c. Article 64 du Code Pénal de 1810

Parallèlement, le Code Pénal pose la question de l'irresponsabilité pénale. En 1810, Napoléon Bonaparte met en place le Code Pénal, resté en vigueur en France jusqu'en 1994. L'article 64 dit qu' « *il n'y a ni crime ni délit, lorsque le prévenu était en état de démence au*

temps de l'action, ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister (9) ».

On parle de non-lieu psychiatrique, il n'y a ni instruction, ni procès. L'accusé est alors placé à l'asile.

La circulaire du 15 avril 1833 (10) introduit les placements des détenus en psychiatrie en autorisant l'enfermement médico-administratif de personnes qui relèvent déjà d'un régime d'enfermement pénitentiaire. Deux conditions sont nécessaires : le détenu doit présenter une agitation ou une dangerosité pour lui-même ou pour autrui en détention, et la durée de l'hospitalisation doit être limitée. Cet arrangement conserve donc un caractère exceptionnel.

Cette circulaire stipule que le transfert n'est fondé que si « *le condamné atteint d'aliénation [est] cause de désordre (11) »*, que sa maladie n'est pas incurable et qu'il n'est pas possible de l'isoler des autres détenus au sein de la prison.

d. Un régime dichotomique de l'enfermement

On distingue après la Révolution Française un régime dichotomique de l'enferment qui est soit carcéral, sous contrôle judiciaire, à vocation punitive, soit médico-administratif, en cas d'aliénation mentale, avec une vocation soignante et protectrice de l'individu et de la société (10).

Plusieurs difficultés sont alors rencontrées, dans les situations d'entre deux, où l'enfermement pourrait relever aussi bien d'un régime que de l'autre :

- En cas d'irresponsabilité pénale, où la question du lieu de l'enfermement reste un débat tout au long du 19^{ème} siècle,
- En cas de responsabilité pénale partielle, pour des personnes présentant des états mentaux susceptibles d'altérer leur volonté ou leur capacité à se contrôler, sans relever à proprement parler de la démence au moment de l'acte,
- Enfin, pour les personnes qui ne sont pas considérées comme aliénées au moment de l'acte mais qui s'avèrent présenter des troubles mentaux et avoir besoin de soins psychiatriques en détention.

Dès le milieu du 19^{ème} siècle, des solutions hybrides sont imaginées : « *centres socio-médico-judiciaires de rétention de sureté (12)* », « *traitement médico-répressif* », « *médico-socio-éducatif (13)* », « *asiles-prisons (10)* »...

L'expérience la plus connue est celle de la Maison Centrale de Gaillon, où est créé en 1876 un quartier réservé aux « *détenus aliénés* »(10). Ces structures maintiennent toutefois l'incertitude du motif de l'enfermement, pénal ou sanitaire.

e. La deuxième guerre mondiale

Pendant la deuxième guerre mondiale, les conditions d'incarcération se dégradent sévèrement : les gardiens qui n'ont pas péri dans les combats fuient les prisons et sont remplacés - quand ils le sont - par du personnel non formé. Les ponctions nazies sur l'économie nationale font qu'il n'y a plus de budget pour entretenir les prisons et les détenus, plusieurs bombardements touchent des prisons obligeant le transfert des détenus dans d'autres établissements pénitentiaires...

Une catastrophe sanitaire se met en place : absence de chauffage, épidémies de gale, punaises de lit, typhus, tuberculose... Alors que la population carcérale augmente fortement avec les nouveaux prisonniers de guerre, la promiscuité entraîne des problèmes sanitaires et des carences alimentaires, aboutissant à une réelle hécatombe (7).

3. L'après-guerre

Au lendemain de la guerre, les prisons et les asiles sont endommagés. Des dizaines de milliers de malades mentaux sont morts de faim, de froid et de déportation dans les asiles.

Dans les prisons restantes, on retrouve une population trois fois trop nombreuse : 66 000 détenus contre 18 500 en 1939. Beaucoup de morts sont là aussi à déplorer.

Plusieurs textes vont venir réformer l'organisation des prisons pour éviter que cette catastrophe ne se reproduise (3).

a. La réforme Amor du 2 juillet 1946

Paul Amor, directeur de l'Administration Pénitentiaire de 1944 à 1947, met en place une réforme (14). Il souhaite ouvrir les prisons à de nouveaux intervenants extérieurs et instaurer des contrôles des prisons. La réforme Amor postule que l'emprisonnement a « *pour but essentiel l'amendement et le reclassement social du condamné* ».

Elle développe l'offre de soins psychiatriques en détention avec la création de 24 annexes de psychiatrie, une par établissement pénitentiaire. Elles sont sous l'autorité de l'Administration Pénitentiaire et ont un rôle de dépistage et de signalement.

b. Le Code de Procédure Pénale (CPP) de 1958

Il faut attendre le CPP de 1958 pour qu'apparaisse la question du soin psychiatrique dans les prisons. Il prévoit dans ses articles des modalités de prise en charge psychiatrique pour les détenus.

Ainsi, des consultations d'hygiène mentale sont proposées dans chaque maison d'arrêt (15) et des services psychiatriques sont organisés dans certains établissements pénitentiaires sous l'autorité médicale d'un psychiatre désigné par le ministre de la Justice, sur proposition du directeur régional et après l'avis du préfet. Les détenus écroués dans lesdits établissements sont soumis à un examen mental systématique de dépistage et, s'il y a lieu, placés en observation dans le service psychiatrique (16).

Les personnes détenues peuvent aussi, sur leur consentement écrit et après l'avis conforme du médecin, être soumises à une cure de désintoxication alcoolique avant leur libération (17).

Concernant l'hospitalisation en psychiatrie des personnes détenues, le CPP pose la notion de l'incompatibilité entre aliénation mentale et prison dans l'article D398 : « *les détenus en état d'aliénation mentale ne peuvent être maintenus dans un établissement pénitentiaire. Sur la proposition du médecin de la prison et conformément à la législation en générale en la matière, il appartient au préfet de faire procéder à leur internement. Cet internement doit être effectué d'urgence s'il s'agit d'individus dangereux pour eux-mêmes ou pour autrui...* (18) ».

L'idée est de séparer le crime de la folie.

c. Nouvelles politiques de santé (10)

Le traumatisme de la guerre a favorisé le mouvement de « *désinstitutionalisation* » des malades mentaux, avec notamment Lucien Bonnafé et Georges Daumazon. Le fou devient un citoyen avec des responsabilités.

La découverte des neuroleptiques au milieu du 20^{ème} siècle et les nouvelles politiques de santé accentuent l'ouverture des portes de l'hôpital psychiatrique, la baisse considérable du nombre de lits et des mesures d'hospitalisation sous contrainte. Cette évolution conduit à un double phénomène : la responsabilisation massive des malades mentaux délinquants qui se retrouvent alors dans les prisons et la gestion des troubles mentaux des détenus qui tend à se déplacer de l'hôpital à la prison.

Très bien décrite par Didier Fassin, la relation entre le nombre de personnes incarcérées et celui de personnes hospitalisées en psychiatrie, aussi connue comme la « *loi de Penrose* » est basée sur un système de vase communicants : quand la population en asile diminue, celle en prison augmente, et inversement (19,20).

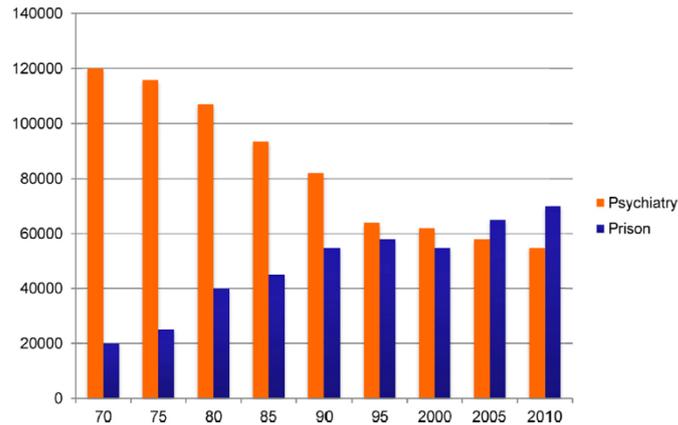


Fig. 1. Évolution du nombre de lits d'hospitalisation en psychiatrie et du nombre de places en prison en France.

Figure 1 : Évolution du nombre de lits d'hospitalisation en psychiatrie et du nombre de places en prison en France

d. Évolution de la loi sur l'irresponsabilité pénale

En 1992, le nouveau Code Pénal vient remplacer l'article 64 du Code Pénal de 1810 avec son article 122-1 : « *n'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes (21)* ».

Une nuance est amenée dans l'alinéa 2, en cas de « *trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes* », la personne demeure punissable, mais la juridiction « *tient compte de cette circonstance* », une atténuation de peine est alors possible. En pratique, ces circonstances conduisent souvent à un alourdissement de la peine plus qu'à une réduction.

Il sera encore amené à évoluer par la suite, comme nous pourrons le voir plus tard.

Ce bref historique nous permet de voir l'évolution des populations psychiatriques et pénitentiaires qui se développent et changent au fil du temps en parallèle et de comprendre la nécessité d'un dispositif de soins psychiatrique pour les personnes détenues.

B. Naissance et évolution du dispositif de soins psychiatriques pour les personnes détenues

La réforme Amor et le Code de Procédure Pénale de 1958 ont permis la mise en place de soins psychiatriques sous forme de consultations au sein des prisons sous l'autorité de l'Administration Pénitentiaire.

La prise en charge psychiatrique des personnes placées sous-main de Justice sous la tutelle du Ministère de la santé arrive quelques années plus tard.

1. La création des centres médico-psychologiques régionaux (CMPR)

En 1960, Paul Hivert crée le premier CMPR sous la direction de l'Administration Pénitentiaire à la Santé à Paris. La circulaire du 30 juillet 1967 officialise leur création, définit leurs rôles de dépistage et de traitement, réalisés à la demande du personnel pénitentiaire. Le respect du secret médical est secondaire puisque les médecins sont tenus de donner les indications nécessaires à l'application du régime pénitentiaire du détenu.

Peu de temps après, la circulaire interministérielle Santé Justice du 28 mars 1977 émancipe officiellement le soin psychiatrique en prison de l'Administration pénitentiaire, en l'inscrivant dans l'organisation de la politique de secteur, avec des budgets du ministère de la Santé (10).

2. Le décret du 14 mars 1986

Le décret du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique (22) vient réorganiser la prise en charge des maladies

psychiatriques en détention à travers deux avancées majeures, la création de secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire et de services médico-psychologiques régionaux (SMPR).

a. La sectorisation psychiatrique pour les personnes détenues

La loi du 31 décembre 1985 et le décret du 14 mars 1986 qui précise son application créent les secteurs psychiatriques en milieu pénitentiaire, qui viennent s'ajouter aux secteurs de psychiatrie générale et de psychiatrie infanto-juvénile (23). Le premier secteur est créé à Fleury Mérogis par Jacques Mérot, psychiatre des Hôpitaux au centre psychothérapique Barthélémy-Durand d'Étampes.

Chaque région pénitentiaire correspond à un ou plusieurs secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire, rattachés pour chacun à un établissement de santé.

b. Les services médico-psychologiques régionaux (SMPR)

Le décret du 14 mars 1986 remplace les CMPR par 26 SMPR, au moins un par région pénitentiaire. Leur fonctionnement est régi par trois grands principes :

- L'indépendance vis-à-vis de l'administration pénitentiaire,
- Le libre consentement aux soins pour les patients,
- L'intégration du soin dans le dispositif général de soin du secteur.

Le SMPR est aménagé dans un établissement pénitentiaire et peut assurer, par convention avec le représentant de l'État, une mission de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

Le secteur est placé sous l'autorité d'un psychiatre hospitalier assisté par une équipe pluridisciplinaire relevant du centre hospitalier de rattachement.

Il s'établit alors une répartition claire des missions entre l'Administration Pénitentiaire, responsable de la garde des détenus, et les équipes psychiatriques, chargées de soulager les

détenus. Le but est d'éviter un double enfermement, carcéral et psychiatrique, ce qui n'est pas le cas dans les situations d'hospitalisation selon l'article D398 du Code Pénal.

Ses missions sont précisées par l'arrêté du 14 décembre 1986 (24) : la prévention des maladies mentales, le diagnostic et le traitement des troubles psychiatriques, le suivi psychiatrique et psychologique en post pénal, la coordination et la concertation des intervenants en secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire mais aussi des missions de recherche épidémiologique et de lutte contre les addictions en milieu carcéral.

Le SMPR de Marseille a ouvert en 1980 et celui de Nice en 1995.

La circulaire du 5 décembre 1988 vient rappeler que le Code de Déontologie - et son secret médical - s'appliquent en prison mais aussi que les soins doivent respecter les impératifs de sécurité qui en conditionnent le fonctionnement (25). De même, les modalités de soins doivent tenir compte des contraintes liées à la situation du patient et au milieu carcéral (26).

3. La loi du 18 janvier 1994

L'influence des Règles pénitentiaires européennes, adoptées par le Conseil de l'Europe en 1973 puis révisées en 1987 va amener la loi française à évoluer (27).

Établies par le Comité européen de coopération pénologique, elles prennent en compte d'une part les règles du Comité européen de la torture et des peines ou traitements inhumains et dégradants (CPT) et d'autre part la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH).

Elles ont pour objectif d'harmoniser les politiques et les pratiques pénitentiaires, en posant des principes fondamentaux et en donnant des recommandations pratiques. Au sujet des soins en détention, elles précisent que le dispositif pour la population détenue doit être le

même que celui pour la population générale. Les pays qui ont ratifié la Convention Européenne des Droits de l'Homme se doivent de le mettre en place.

En parallèle, en 1992, une mission interministérielle Santé-Justice du Haut Comité de Santé Publique commande un rapport « *Santé en milieu carcéral : rapport sur l'amélioration de la prise en charge sanitaire des détenus (28)* » rédigé par G. Chodorge et G. Nicolas. Il confirme la gravité et la fréquence de certaines pathologies en détention : VIH, hépatites, pathologies mentales, addictions... Il détaille les limites du dispositif actuel et propose une prise en charge sanitaire globale et indépendante et conduit à une réforme profonde des soins en milieu pénitentiaire avec la loi du 18 janvier 1994.

La loi 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale (29) introduit plusieurs grands principes :

- La prise en charge sanitaire des détenus est désormais assurée par un médecin assisté d'une équipe pluridisciplinaire, sous autorité médicale et sous tutelle du Ministère de la Santé.
- C'est le service public hospitalier qui organise et qui assure la prévention et les soins au niveau somatique et psychiatrique.
- Toutes les personnes détenues et leurs ayants droits sont affiliées au régime général de la Sécurité Sociale dès leur arrivée en détention et conservent leurs droits pendant l'année suivant leur libération.
- La population pénale est ainsi intégrée dans le système de droit commun, avec un accès aux soins identique à celui de la population générale.

Cette loi marque donc l'indépendance vis à vis de l'Administration Pénitentiaire et rappelle ainsi l'obligation du respect du secret médical, de la confidentialité et du consentement aux soins.

4. Les hospitalisations en psychiatrie

L'article D398 du Code de Procédure Pénale, que nous avons évoqué précédemment, a rendu possibles les hospitalisations en psychiatrie pour les personnes détenues. Elles se font en service de psychiatrie générale ou dans les SMPR. En France, seulement deux SMPR ont disposé, jusqu'à l'ouverture de l'UHSA de leur région, de service de temps plein : ce sont les SMPR de Marseille et de Fresnes. Dans ce cas, les hospitalisations se faisaient obligatoirement avec le consentement du patient (30).

La principale difficulté liée aux hospitalisations en service de psychiatrie générale est la responsabilité de la garde du détenu. Alors que dans les services somatiques, le détenu reste sous surveillance policière, l'article D394 du Code Pénal précise que cette disposition ne s'applique pas en service de psychiatrie, dans lequel c'est le personnel soignant qui, de fait, assure la mission de garde (31).

Modifié en 1998 après la parution du nouveau Code Pénal, l'article D398 précise que ce sont « *les détenus atteints des troubles mentaux visés à l'article L. 342 du code de la santé publique (18)* » qui ne peuvent être maintenus dans un établissement pénitentiaire. L'article L.342 du Code de la Santé Publique vise les personnes dont les troubles mentaux compromettent l'ordre public ou la sûreté des personnes (32). Cette modification vient réserver les hospitalisations en psychiatrie aux personnes détenues « *dangereuses* », excluant les troubles mentaux « *calmes* ».

A la fin des années 1990, malgré la mise en place des SMPR, les hospitalisations de détenus augmentent rapidement. On retrouve plusieurs facteurs explicatifs :

- La multiplication des comparutions immédiates, rendant difficile l'expertise psychiatrique,
- L'augmentation du nombre de mesures de détention provisoire,
- La surpopulation carcérale,
- Les conditions délétères de la détention,

- La responsabilisation des malades mentaux selon l’alinéa 2 de l’article 122-1 du CPP (21),
- L’augmentation de la morbidité psychiatrique,
- Le développement de la psychiatrie en milieu pénitentiaire engendre un meilleur dépistage des troubles mentaux.

Les services de psychiatrie générale se retrouvent en difficulté pour assumer les hospitalisations de détenus dans ce contexte d’ouverture des services et de diminution des personnels soignants. Ainsi, les psychiatres vont raccourcir autant que possible les durées de séjour et recourir à des mises en chambre d’isolement pour motif sécuritaire.

5. Un dispositif insuffisant révélé par plusieurs rapports alarmants

A la fin du 20^{ème} siècle, plusieurs rapports viennent dénoncer l’état de santé des personnes détenues, notamment pour ce qui est des pathologies mentales en France et l’insuffisance de moyens – personnels et matériels – alloués à leur prise en charge.

a. Le rapport Pradier, 1999

En 1999, le rapport Pradier fait le bilan sur dix ans de gestion des soins dans 21 établissements pénitentiaires (33). Commandé par la ministre de la Justice de l’époque, E. Guigou, il conclut à une amélioration des soins en prison, sauf pour les maladies mentales qu’il qualifie de « *gravissime situation* » : patients non traités, ou pas suffisamment, avec une augmentation du nombre de malades mentaux importante dans les prisons. Il préconise déjà une augmentation de la capacité d’accueil des unités pour malade difficile (UMD).

b. Le rapport du Sénat, 2000

Le rapport du Sénat de 2000 sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France, intitulé « *une humiliation pour la République* » (34), conclut à un taux de 30% de malades mentaux dans la population carcérale, avec un taux d'irresponsabilité qui est passé de 17% dans les années 1980 à 0,17% en 1997. Il propose de doubler le nombre de place dans les UMD.

c. Le rapport Floch, 2000

Intitulé « *La France face à ses prisons* » et issu d'une commission d'enquête parlementaire de l'Assemblée Nationale (35), il étaye la description des malades mentaux dans les prisons françaises en appuyant les résultats précédents : importance du nombre de malades mentaux dans les prisons, allongement des peines, baisse du taux d'irresponsabilité pénale. Il met en lumière, pour la première fois, l'allongement de la durée de peine en cas de responsabilité atténuée.

Les préconisations concernent surtout l'augmentation des personnels dans les services de psychiatrie en milieu pénitentiaire.

d. Le rapport Roelandt-Piel, 2001

Publié en juillet 2001, « *De la psychiatrie vers la santé mentale* » est un rapport de mission ministériel sur l'état des lieux de la santé mentale en France (36). Il souligne que l'isolement des SMPR est un frein à la mise en place des suivis après la détention, mais conduit aussi à des hospitalisations « *mal préparées, mal comprises et souvent bâclées rapidement par les secteurs, effrayés de l'étiquette de « détenu* ».

Une mauvaise répartition des budgets, alloués pour 80% aux SMPR alors qu'ils ne concernent que 26 établissements sur 187 renforce aussi l'inégalité d'accès aux soins.

e. Le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), 2001

Appuyant les résultats du rapport précédent, ce rapport (37) souligne les limites des hospitalisations des personnes détenues en secteur de psychiatrie générale : unités ouvertes, responsabilité de la surveillance transférée aux soignants, courtes durées d'hospitalisation, personnel craintif et non formé à la prise en charge de personnes détenues...

Il prévoit la création d'unités d'hospitalisation spécialement aménagées en psychiatrie, sur un modèle similaire aux unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI).

Ces critiques vont venir nourrir le souci croissant pour les droits de la population détenue à bénéficier d'un accès aux soins équivalent à celui de la population non incarcérée (38).

La tension entre le difficile accueil des personnes détenues en hôpital psychiatrique et la revendication d'un accès aux soins en santé mentale équivalent à celui offert par le système de santé générale va aboutir à la création d'une structure hybride entre hôpital et prison, les UHSA.

6. Création des UHSA

a. Justification de leur création

Comme évoqué ci-dessus, plusieurs problématiques sans réponse adaptée justifient la création de structures de soins psychiatriques spécifiques pour les personnes détenues : la fréquence des troubles psychiatriques en détention ainsi que l'insuffisance du dispositif de soin proposé, l'inadaptation des services de psychiatrie générale qui entraînent souvent des mises en chambre d'isolement thérapeutique sans argument clinique, un raccourcissement des durées de séjour et une entrave de l'accès aux droits des personnes détenues avec un accès au téléphone et aux visites des proches rare voire inexistant.

De plus, il existe depuis plusieurs années une volonté de pouvoir proposer un accès aux soins identique pour la population carcérale et la population générale et la possibilité de proposer des hospitalisations libres pour éviter un « *double enfermement* ».

Enfin, il devient nécessaire de désengorger les UMD en créant une structure complémentaire. En effet, la mission des UMD est centrée sur la prise en charge de patients présentant une dangerosité psychiatrique avérée qui résiste aux prises en charges sur les secteurs de psychiatrie générale. Elles sont, en pratique, souvent utilisées pour hospitaliser les personnes détenues au titre de la sécurité, c'est-à-dire pour une dangerosité pénitentiaire et non psychiatrique.

b. Naissance des UHSA

La loi d'orientation et de programmation pour la Justice (39) est votée le 9 septembre 2002. Appelée Loi Perben, elle prévoit, dans son article 48, que « *Les personnes détenues, lorsqu'elles sont atteintes de troubles mentaux, sont hospitalisées dans des établissements de santé au sein des unités spécialement aménagées* ».

Cet article modifie ainsi le Code de Santé publique et crée les articles 3214-1 à 3214-5, qui modifient la prise en charge psychiatrique des personnes détenues. Les personnes détenues souffrant de troubles mentaux peuvent être hospitalisées en UHSA avec ou sans leur consentement (40–44).

En cas d'hospitalisation sans leur consentement, les articles régissant les soins sans consentement (45–48) demeurent applicables sous réserve des restrictions rendues nécessaires par leur qualité de détenu. Un arrêté préfectoral et un certificat d'un psychiatre n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil sont nécessaires (49). La prolongation de l'hospitalisation sans consentement du détenu est réalisée de la même manière que pour un patient de droit commun, avec la rédaction d'un certificat médical au huitième jour puis de façon mensuelle (42).

Les conditions de transfert, d'escorte et de garde sont fixées par décret en Conseil d'État (43).

L'arrêté du 20 juillet 2010 a fixé la création de 17 UHSA d'une capacité totale de 705 lits en deux tranches (50). La première tranche de travaux concernant 9 unités pour une capacité totale de 440 lits débute en 2007. La seconde tranche de 8 unités pour une capacité totale de 265 lits est prévue à compter de 2010.

Les agglomérations concernées par la première tranche sont Bordeaux, Lille, Lyon, Marseille, Nancy, Orléans, Paris, Toulouse et Rennes.

La première UHSA a ouvert à Lyon, au sein de l'hôpital du Vinatier, en mai 2010. Elle sera suivie par celle de Toulouse en janvier 2011 puis celle de Nancy en mars 2012. Six autres UHSA suivront. La dernière UHSA de la première tranche a ouvert à Marseille en 2018.

Plusieurs textes de lois viennent, par la suite compléter le projet UHSA :

- La circulaire DGOS du 16 juillet 2007 décrit leur financement (51),
- Le décret du 18 mai 2010 explicite les modalités de garde, d'escorte et de transport des détenus hospitalisés en psychiatrie (52),
- L'arrêté du 11 février 2011 décrit la répartition entre l'État et les établissements de santé des dépenses relatives aux UHSA ainsi que le cahier des charges pour leur aménagement (53),
- Enfin, la circulaire interministérielle Santé Justice du 18 mars 2011 décrit le fonctionnement des UHSA. Elle sera explicitée dans la partie suivante (54).

En parallèle, sous l'impulsion des règles européennes, la législation concernant la prise en charge des personnes souffrant de troubles mentaux mais aussi des personnes détenues est mise à jour.

- La création d'un Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté (CGLPL) dont la mission première est le contrôle du respect des droits et de la dignité des personnes privées de liberté (prison, hôpitaux psychiatriques, centres de rétention administratif et locaux de garde à vue) (55),
- La loi pénitentiaire rappelle que le secret médical s'applique aussi pour les détenus et développe les missions et obligations des surveillants et des soignants (56),

- La loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge prévoit le contrôle systématique des mesures d'admission sans consentement par le Juge des Libertés et de la Détention (57). Elle est applicable aux personnes détenues prises en charge dans les UHSA sans leur consentement.
- La loi du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales a modifié l'article 122-1 du CPP consacrant, en cas d'altération du discernement de l'auteur au moment des faits, le principe d'atténuation de la peine prononcée (58). Le maximum légal sera réduit d'un tiers en matière correctionnelle et, en cas de crime puni de la réclusion criminelle ou de la détention criminelle à perpétuité, ramenée à trente années.

c. L'accueil des UHSA par la communauté psychiatrique

A l'annonce de la création des UHSA, les psychiatres exerçant en milieu pénitentiaire se montrent ambivalents. Partagés entre la crainte d'un effet pervers avec le transfert en prison de tous les malades mentaux nécessitant d'être enfermés (59), celle de responsabilisations trop fréquentes (60), et celle d'une confusion entre soin psychiatrique et mesures pénales (61), on parle alors d'une « *fausse bonne idée* ». Ils réaffirment la nécessité d'un partage entre les personnes « *irresponsables* » relevant du soin psychiatrique et les personnes « *responsables* » relevant de la prison.

Toutefois, certains, plus pragmatiques, soulignent l'enjeu de la qualité des soins aux détenus (10).

De leur côté, les psychiatres des secteurs généraux, qui par le biais des syndicats ont œuvré à la fin des années 1990 à la création des UHSA, critiquent le coût de leur mise en place, détournant les budgets de leurs structures (62).

Nous allons maintenant détailler l'organisation et le fonctionnement des UHSA afin de mieux comprendre les avancées que leur mise en place permet, et de voir se dessiner les limites de ce dispositif.

7. Organisation et fonctionnement des UHSA

La circulaire interministérielle du 18 mars 2011 a pour but de préciser les modalités d'admission et de transport des détenus aux UHSA ainsi que le fonctionnement de ces unités de soins (54). Il sera réévalué dans quelques années avec les retours faits par la première vague des UHSA. L'UHSA est une unité de soins de l'établissement de santé de rattachement et se trouve sous la responsabilité du directeur de l'établissement de santé. La personne hospitalisée demeure sous écrou durant son hospitalisation et donc soumise à des règles particulières relatives à sa condition de détenu.

a. Population ciblée

Les UHSA accueillent des personnes détenues des deux sexes souffrant de troubles psychiatriques et nécessitant une hospitalisation, avec ou sans consentement.

L'hospitalisation de détenus mineurs est possible.

Le dispositif s'adresse aux personnes placées sous-main de Justice : incarcérées, semi-libres, bénéficiaires de permission de sortie ou en placement extérieur avec surveillance de l'administration pénitentiaire. Pour les personnes en aménagement de peine, c'est le Juge d'Application des Peines qui décidera du lieu de l'hospitalisation, à l'UHSA ou en milieu conventionnel.

Une UHSA donnée prend en charge les détenus d'un territoire défini par arrêté.

b. Procédure d'admission et de sortie

- En cas d'hospitalisation avec consentement

C'est le médecin intervenant dans l'établissement pénitentiaire qui fait une demande d'hospitalisation à l'UHSA. L'admission est décidée par le médecin de l'UHSA. Les modalités d'admission sont décidées conjointement.

Le directeur de l'établissement pénitentiaire est informé par le médecin de cet établissement et se charge d'organiser le transfert, en lien avec l'établissement de santé.

Le transport est assuré par le personnel pénitentiaire de l'UHSA et, si besoin, de soignants de l'unité d'accueil du patient.

Pour la sortie, le médecin de l'UHSA informe le responsable pénitentiaire de l'UHSA, si possible 48 heures à l'avance, pour permettre un retour vers l'établissement pénitentiaire dans les délais souhaités.

- En cas d'hospitalisation sans consentement

Les personnes hospitalisées à l'UHSA demeurent sous écrou et ne sont donc pas hospitalisées selon l'article D398 du Code de Procédure Pénale (qui n'entraîne pas une suspension de peine mais une suspension d'écrou) mais selon l'article L.3214-3 du Code de Santé Publique, en Soins à la Demande d'un Représentant de l'État.

Plusieurs conditions sont donc nécessaires à l'hospitalisation :

- Le patient nécessite des soins immédiats qui doivent être assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier,
- Ses troubles rendent impossible son consentement,
- Ses troubles mentaux constituent un danger pour lui-même ou pour autrui.

Elle est demandée par le médecin intervenant dans l'établissement pénitentiaire qui rédige un certificat médical circonstancié et en informe le directeur de l'établissement pénitentiaire. L'admission est décidée par arrêté préfectoral.

Le transport du patient incombe à l'établissement de santé siège de l'UHSA, qui l'organise avec le personnel pénitentiaire de l'UHSA.

Pour la sortie, la levée de la mesure de contrainte est faite par le préfet sur avis du psychiatre de l'UHSA ou sur proposition de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques. Le psychiatre informe aussi le responsable pénitentiaire de l'UHSA, si possible 48 heures à l'avance, pour permettre un retour vers l'établissement pénitentiaire dans les délais souhaités.

Elle se fait en général vers l'établissement pénitentiaire d'origine, mais un transfert vers l'établissement siège du SMPR avec l'accord du patient, ou une hospitalisation à l'UMD sur indication médicale est possible.

- Transformation de la mesure en cours d'hospitalisation

En cas de levée de la mesure de soins sans consentement par le préfet, la personne détenue peut, sur indication médicale et avec son consentement, être maintenue dans l'unité, sous réserve de l'accord des autorités judiciaires et pénitentiaires.

- Autres modalités d'entrée

L'hospitalisation d'une personne détenue à partir d'un établissement de santé est possible, à l'issu d'un passage aux urgences, d'une hospitalisation en service somatique ou d'une hospitalisation sans consentement en service de psychiatrie générale. Dans le dernier cas, le préfet doit être saisi pour modifier la mesure.

- Libération au cours de l'hospitalisation

La levée d'écrou peut être effectuée au sein de l'UHSA.

En cas d'hospitalisation avec consentement, un relai peut être fait avec l'équipe de psychiatrie du secteur dont dépend le patient si besoin.

En cas d'hospitalisation sans consentement, si le psychiatre estime qu'une poursuite de l'hospitalisation est nécessaire, il rédige un certificat pour transformer la mesure en SDRE classique.

Si la libération fait suite à une déclaration d'irresponsabilité pénale, le maintien de la mesure d'hospitalisation sans consentement peut être demandé par le psychiatre s'il l'estime nécessaire. En cas d'hospitalisation en SDRE, elle se substitue à l'arrêté préfectoral de la mesure en cours.

- Sortie d'un patient nécessitant des soins somatiques

Un patient détenu nécessitant des soins somatiques peut être hospitalisé, soit à l'Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale (UHSI), soit dans l'hôpital de proximité selon les conditions prévues par l'article D.393 du Code de Procédure Pénale. Le transport est assuré par l'établissement de santé, avec accompagnement de soignants et escorte pénitentiaire. En cas d'hospitalisation courte, elle peut être organisée dans l'hôpital de proximité, avec garde policière. Les hospitalisations de plus de 48 heures doivent être réalisées à l'UHSI.

c. Le fonctionnement des UHSA

Les UHSA sont des unités hospitalières régies par le Code de Santé Publique. Les soins sont dispensés dans les mêmes conditions que dans les autres unités d'hospitalisation de l'établissement de santé. Les UHSA sont organisées de façon à limiter autant que possible les déplacements des personnes détenues.

Le personnel hospitalier assure la gestion des unités de soin, en s'appuyant sur le règlement intérieur de l'établissement de santé. Il assume le fonctionnement au quotidien et la sécurité au sein de l'unité et détient les clés des chambres des patients, qui ne sont fermées que sur décision médicale. Il peut faire appel si besoin au personnel pénitentiaire pour des interventions ou missions ponctuelles.

Toute absence d'un patient au sein d'une unité et tout manquement grave au règlement intérieur doit faire l'objet d'une information auprès du responsable pénitentiaire.

L'établissement de santé organise la permanence des soins.

d. Les missions des personnels pénitentiaires de l'UHSA

Elles sont diverses hors des zones de soins :

- Sécurisation du SAS d'entrée et de la zone des parloirs. Toute personne accédant à l'UHSA doit justifier d'un droit. Elle est soumise à différents contrôles : vérification d'identité, contrôle des objets dont elle est porteuse par un passage sous un portique de détection, présentation de l'autorisation d'accès,
- Contrôle des personnes avec une autorisation d'accès temporaire ou permanente, des véhicules, marchandises, matériels et produits,
- Fouille des personnes détenues,
- Contrôle des communications téléphoniques et du courrier,
- Surveillance du déroulement des parloirs familles, visiteurs et avocats,
- Suivi pénitentiaire de la situation des patients détenus,
- Coordination avec l'établissement pénitentiaire,
- Modification des modalités d'écrou.

Les personnels pénitentiaires ne sont pas présents dans les unités de soin. Ils n'y ont accès que pour assurer la fouille des locaux, le contrôle des équipements et aménagements spéciaux et à la demande des équipes de soin lorsque la sécurité des personnes et des biens est compromise.

En cas d'incident majeur mettant en danger les personnes ou les biens, ou en cas de tentative d'évasion, le personnel pénitentiaire peut intervenir, sur demande du personnel de santé, selon le niveau d'alerte.

Il y a trois niveaux d'alerte qui entraînent des interventions différentes :

- Niveau 1 : nécessité de renfort par le personnel soignant de l'unité.

- Niveau 2 : nécessité de renfort par le personnel soignant des autres unités. Le personnel pénitentiaire est prévenu par téléphone et se prépare à intervenir en cas de passage à un niveau 3.
- Niveau 3 : nécessité d'intervention du personnel pénitentiaire.

Le nombre de personnes détenues hospitalisées est transmise par les soignants aux personnels pénitentiaires plusieurs fois par jour, à des horaires précis.

Enfin, les surveillants pénitentiaires assurent les escortes des patients de l'UHSA vers les plateaux techniques, accompagnés des soignants.

e. Les autres intervenants

Au cours de son hospitalisation, le patient bénéficie des services du service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) qui travaille sur le parcours d'exécution de la peine et intervient pour la mise en place de projets de sortie.

La protection judiciaire de la jeunesse intervient pour les mineurs hospitalisés ; elle réalise un travail d'accompagnement éducatif pendant l'hospitalisation et aide à la construction d'un projet de sortie à la libération.

f. Coordination entre les personnels de santé et les personnels pénitentiaires

Cette coordination est assurée par différents moyens : des réunions régulières, la transmission d'informations nécessaires, une commission de coordination locale présidée par le préfet du département et des temps de formation communs (travail sur des mises en situation).

g. Règles pénitentiaires applicables aux patients de l'UHSA

Les personnes détenues hospitalisées à l'UHSA sont soumises au règlement intérieur de l'établissement de santé, avec les restrictions relatives à leur condition de détenu, notamment en ce qui concerne la liberté de circuler et de communiquer.

Les dispositions relatives aux droits des malades (63) et à la qualité du système de santé (64) restent applicables.

Ils sont aussi soumis au règlement pénitentiaire :

- Autorisation de détenir des effets personnels qui ne doivent pas dépasser la contenance d'un bagage à main et sont contrôlés à leur arrivée. Le linge de toilette et les produits d'hygiène sont fournis par l'établissement pénitentiaire, ainsi que du linge de corps si besoin.
- Contrôle du courrier et rétention si jugé nécessaire, sauf dans le cas où le courrier est cacheté et ne peut être lu par l'Administration Pénitentiaire (communication avec les autorités, le personnel médical et les aumôniers).
- Visites limitées aux membres de la famille détenteurs d'un permis de visite, visiteurs de prison, aumôniers et avocat dans les zones parloirs. Elles peuvent être suspendues sur indication médicale.
- Le médecin peut donner des informations à la famille et aux proches avec l'accord du patient en respectant certaines règles de sécurité : ne pas communiquer les dates et heures des rendez-vous médicaux hors de l'UHSA, ni les dates d'entrée et de sortie d'hospitalisation.
- Communications téléphoniques dans la cabine prévue à cet effet dont les modalités sont définies par le responsable pénitentiaire.
- Achats gérés par le personnel pénitentiaire via des cantines régulières.

En cas de manquement à la réglementation hospitalière, c'est le directeur de l'établissement de santé qui peut prendre toute mesure utile. Si c'est un manquement relatif au règlement

pénitentiaire, l'opportunité des poursuites appartient au chef de l'établissement pénitentiaire, à sa sortie de l'UHSA.

h. Modalités de transport

Pendant toute la durée de l'hospitalisation, les déplacements des personnes détenues, en particulier sur les plateaux techniques de l'hôpital et pour les comparution devant le Juge des Libertés et de la Détention (JLD), sont le fait d'un accompagnement soignant avec une ambulance, escortée par du personnel pénitentiaire.

Après avoir retracé la création et l'évolution du dispositif de soins psychiatriques pour les personnes détenues, nous présenterons le dispositif actuel.

C. Dispositif de soins psychiatriques actuel pour les personnes détenues (65)

Depuis la loi n° 94-4 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale (29), le service public hospitalier est chargé d'une mission globale de soins aux personnes détenues. Il assure les examens de diagnostic et les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier, et concourt aux actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées dans les établissements pénitentiaires. Toutes les personnes détenues sont immatriculées et affiliées obligatoirement aux assurances maladie et maternité du régime général. La population pénale est intégrée dans le système de droit commun, avec un accès aux soins identique à celui de la population générale.

Chaque établissement pénitentiaire est rattaché par convention à un établissement public de santé, qui crée au sein de l'établissement pénitentiaire, une unité sanitaire (US), animée par une équipe composée de personnel hospitalier.

Il existe trois niveaux de soins pour les soins somatiques et les soins psychiatriques en détention (65).

1. Deux niveaux de soins somatiques

a. Les unités sanitaires

Elles sont situées au sein de la prison, dans les unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP), c'est le niveau 1. Les détenus peuvent bénéficier de consultations médicales en horaires de journée.

b. A l'hôpital

Si nécessaire, les personnes détenues peuvent bénéficier de consultation hors de la prison. Les extractions sont faites par le personnel pénitentiaire, avec escorte et entrave si besoin, en fonction de la dangerosité pénitentiaire.

En cas de nécessité d'hospitalisation à temps complet, elles sont réalisées soit à l'unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI), soit en milieu conventionnel selon l'article D391 du Code de Procédure Pénale, avec garde pénitentiaire.

Créées par l'arrêté du 24 août 2000, les UHSI sont des structures hospitalières destinées à l'accueil des personnes incarcérées nécessitant des soins de médecine, chirurgie et obstétrique en milieu hospitalier. Il en existe 8 en France. Celle de Marseille est implantée au sein de l'hôpital nord, à proximité de l'UHSA.

2. Trois niveaux de soins psychiatriques

a. Le niveau 1

Il regroupe des soins ambulatoires au sein de l'USMP : les consultations, les prestations et activités, y compris les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP).

En dehors des SMPR, c'est le secteur de psychiatrie générale de rattachement de la prison qui organise les soins avec une équipe pluridisciplinaire.

b. Le niveau 2

Il regroupe les soins requérant une prise en charge à temps partiel. Ils sont réalisés au sein des SMPR, c'est l'hôpital de jour. Il s'agit d'un quartier spécifique de la prison, situé dans les

locaux du SMPR ou à proximité, auquel les soignants ont accès, ce qui leur permet d'intervenir en journée. Tout comme dans les hôpitaux de jour (HDJ) de psychiatrie générale, des activités thérapeutiques et des temps collectifs sont organisés. Les distributions de traitements peuvent se faire plusieurs fois par jour. L'HDJ de Marseille dispose de 39 cellules et d'une cour de promenade séparée. Ces soins ne sont possibles qu'avec le consentement du patient.

Les signalements – courrier à l'intention d'un psychiatre pour solliciter une consultation – peuvent être rédigés par le détenu lui-même, le directeur de l'établissement, le médecin généraliste, l'autorité judiciaire et de façon plus générale toute personne connaissant le détenu.

La région pénitentiaire « *sud-est et Corse* », qui correspond au territoire géographique des régions Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) et Corse, comprend 16 établissements pénitentiaires répartis sur 8 départements :

- Bouches du Rhône : Le centre pénitentiaire (CP) des Baumettes (Marseille), la maison d'arrêt (MA) de Luynes (Aix en Provence), le centre de détention (CD) de Salon de Provence, le centre de détention de Tarascon, la maison centrale (MC) d'Arles et l'établissement pour mineurs de La Barasse (Marseille).
- Vaucluse : le centre pénitentiaire du Pontet (Avignon),
- Var : le centre pénitentiaire de La Farlède (Toulon) et la maison d'arrêt de Draguignan,
- Alpes de Haute Provence : la maison d'arrêt de Digne,
- Hautes-Alpes : la maison d'arrêt de Gap,
- Alpes-Maritimes : la maison d'arrêt de Grasse et celle de Nice.
- Corse : Centre de détention de Casabianca, Maison d'arrêt de Borgo et Maison d'arrêt d'Ajaccio.

Elle est rattachée à deux SMPR, ceux de Marseille et de Nice.

Le SMPR de Marseille est rattaché à l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille (APHM) et est implanté dans le centre pénitentiaire des Baumettes.

Le SMPR de Nice est rattaché à l'Association hospitalière Sainte-Marie (AHSM) et est

implanté dans la maison d'arrêt de Nice.

La plupart des HDJ prennent en charge uniquement des hommes majeurs. Un seul HDJ accueille des femmes, c'est celui de Fleury Mérogis. Les mineurs peuvent être pris en charge dans les HDJ de Lyon, Metz et de Nantes.

c. Le niveau 3

Il regroupe les soins requérant une hospitalisation à temps complet. Les soins de niveau 3 sont réalisés au sein des établissements de santé avec deux possibilités :

- en service de psychiatrie générale, sans consentement obligatoirement (SDRE) (18,40). La réglementation ne prévoit pas de garde policière, la responsabilité de la garde est transférée à l'établissement de santé.
- A l'UHSA, unité hospitalière dans une enceinte sécurisée par l'Administration Pénitentiaire. Les soins sont possibles avec le consentement du patient, ou sans, en SDRE (49).

Neuf UHSA sont opérationnelles actuellement (Lyon, Nancy, Toulouse, Orléans, Paris, Lille et Rennes, Bordeaux, Marseille). Au total, ces 9 établissements offriront à terme 440 places d'hospitalisation à temps complet.

	Structures	Missions	Équivalent en milieu libre
Unités sanitaires de niveau 1 : soins psychiatriques ambulatoires	Unité Sanitaire (US) : une dans chaque établissement pénitentiaire Services Médico Psychologiques Régionaux (SMPR)	Consultations individuelles Prises en charge de groupe Prévention et éducation pour la santé	Centres Médico-Psychologiques (CMP) Centres d'Activités Thérapeutiques à Temps Partiel (CATTP)
Unités sanitaires de niveau 2 : hospitalisations de jour	Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR) : 26 en France, au sein des établissements pénitentiaires (1/inter-région pénitentiaire).	Hospitalisations de jour facilitant l'accès aux consultations et aux activités thérapeutiques	Hôpitaux de jour
Unités sanitaires de niveau 3 : hospitalisations à temps complet	Hospitalisations régies par l'article D.398 du Code de Procédure pénale dans le service d'hospitalisation du secteur psychiatrique. Hospitalisations en SDRE ou en SL en UHSA	Hospitalisations à temps complet	Services d'hospitalisation à temps plein du secteur psychiatrique UHSA

Tableau 1 : les trois niveaux de soins psychiatriques

3. L'UHSA de Marseille

L'UHSA de Marseille est une structure hospitalière du pôle 11, *Psychiatrie Médecine Addictologie en Détention et Médecine Légale* de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille. Elle est implantée sur le site du centre hospitalier Édouard Toulouse et elle est rattachée à l'hôpital nord. La sécurisation périmétrique est quant à elle assurée par l'Administration Pénitentiaire.

A terme, elle sera composée de 60 lits répartis en 3 unités de 20 lits (+ 6 chambres d'isolement). La première unité a ouvert le 6 février 2018, la deuxième le 5 avril 2018. L'ouverture de la troisième unité est prévue courant 2020.

Selon l'arrêté du 20 juillet 2010 relatif à la répartition territoriale des unités spécialement aménagées (66) destinées à l'accueil des personnes incarcérées souffrant de troubles mentaux, elle accueille les personnes placées sous-main de justice (hommes, femmes et mineurs) relevant des établissements pénitentiaires des régions Provence Alpes Côte d'Azur (PACA) et Corse.

Elle concerne donc 16 établissements pénitentiaires :

- Maison d'arrêt de Gap (05),
- Maison d'arrêt de Digne (04),
- Maison d'arrêt de Nice (06),
- Maison d'arrêt de Grasse (06),
- Centre de détention de Salon de Provence (13),
- Centre pénitentiaire de Marseille-Les Baumettes (13),
- Établissement pour mineurs de Marseille-La Valentine (13),
- Centre pénitentiaire d'Aix-Luynes (13),
- Centre de détention de Tarascon (13),
- Maison centrale d'Arles (13),
- Centre pénitentiaire d'Avignon-Le Pontet (84),

- Centre pénitentiaire de Toulon-La Farlède (83),
- Centre pénitentiaire de Draguignan (83),
- Centre de détention de Casabianda (2B),
- Centre pénitentiaire de Borgo (2B),
- Maison d'arrêt d'Ajaccio (2A).

L'équipe soignante est pluridisciplinaire : médecins, internes, cadres de santé, infirmiers et aides-soignants. Un médecin généraliste travaille à mi-temps. Le reste du personnel est constitué de secrétaires, d'une ergothérapeute, d'une psychomotricienne, de psychologues et d'assistantes sociales.

Les admissions sont programmées et ont lieu en horaire de journée, du lundi au vendredi et le samedi matin. Elles se font sur indication médicale.

Du point de vue de l'architecture, la zone pénitentiaire est située au rez-de-chaussée. On y retrouve une zone greffe, une zone parloir et une zone administrative. La zone hospitalière est constituée au rez-de-chaussée d'une zone administrative avec le secrétariat, le bureau des entrées, une salle de réunion et des bureaux médicaux.

Les unités de soin sont situées à l'étage. Actuellement, il y a 2 unités ouvertes, situées au premier étage. Chacune d'entre elles dispose d'un patio extérieur dont l'accès est réglementé selon l'organisation des soins. Autour du patio, sont réparties les chambres, les bureaux et les espaces communs (salle à manger, salle TV, salle d'activités). Les chambres et les espaces communs sont fermés la nuit à partir de 22 heures et jusqu'à 7 heures du matin. Deux moments de repos en chambre fermée sont prévus dans la journée : de 9h à 9h40 et de 13h30 à 14h30. Pendant ces temps de repos, les réunions cliniques sont organisées.

Au deuxième étage se situe la 3^{ème} unité ainsi qu'un pôle d'activités avec un terrain multisport et une salle d'activités. Différentes activités thérapeutiques y sont proposées : tchoukball, gymnastique, atelier journal, photo-alimentation, dixiludo,...

La situation géographique de l'UHSA, à proximité du plateau somatique de l'hôpital nord, renforce le lien privilégié qu'elle entretient avec l'UHSI (court séjour et Service de Suite et de

Réadaptation (SSR)) et facilite l'accès aux services d'urgences et à des consultations spécialisées.

La permanence médicale est assurée :

- De 8h30 à 18h30 du lundi au vendredi, et de 8h30 à 12h30 le samedi par les psychiatres de l'UHSA,
- De 18h30 à 8h30, les samedis après-midi, les dimanches et jours fériés, par l'interne en psychiatrie de garde présent sur le site des urgences de l'hôpital nord, qui se déplace si besoin à l'UHSA et peut faire appel à un psychiatre senior d'astreinte. Le dimanche et jours fériés, le psychiatre senior d'astreinte assure une visite des patients en isolement ainsi que la rédaction des certificats médico-légaux pour les patients en soins sans consentement.

Après avoir décrit le dispositif de soins psychiatriques actuel pour les personnes détenues, nous expliciterons quelques notions de droit pénal tout en s'appuyant sur les chiffres actuels de la Justice française.

D. État des lieux de la Justice

1. Les procédures pénales

Deux types d'infraction peuvent entraîner une peine de prison ferme :

a. Les délits

Ils sont jugés au Tribunal Correctionnel. La peine maximale de prison ferme encourue est de dix ans. On parle alors de procédure correctionnelle.

b. Les crimes

Ils sont jugés par la Cour d'Assises. La peine maximale est la réclusion à perpétuité. On parle alors de procédure criminelle.

2. Le statut judiciaire

L'article D50 du Code de Procédure Pénale définit le statut judiciaire des détenus :

a. Les condamnés

Ils désignent les personnes détenues ayant fait l'objet d'une décision ayant acquis le caractère définitif, c'est à dire les personnes détenues ayant déjà été jugées, pour lesquels la durée de la peine a été fixée.

b. Les prévenus

Ils désignent les personnes détenues qui sont sous le coup de poursuites pénales et n'ont pas fait l'objet d'une condamnation définitive, c'est-à-dire aussi bien les personnes mises en examen, les prévenus et les accusés, que les condamnés ayant formé opposition, appel ou pourvoi.

3. Les établissements pénitentiaires (67)

Au 1^{er} janvier 2018, il existe 59 765 places en service dans les 183 établissements pénitentiaires accueillant des détenus en France.

- 82 maisons d'arrêt

Les maisons d'arrêt reçoivent les prévenus et les condamnés dont le reliquat de peine est inférieur à un an.

En région PACA, il s'agit des prisons de Digne les Bains, Gap, Draguignan, Grasse et Nice.

- 94 établissements pour peine

Les maisons centrales, les centres de détention, les centres de semi-liberté et les centres pour peines aménagées reçoivent les personnes condamnées définitivement à une peine privative de liberté.

- 6 maisons centrales

Les maisons centrales comportent une organisation et un régime de sécurité renforcé, dont les modalités internes permettent également de préserver et de développer les possibilités de réinsertion sociale des personnes condamnées. Y sont affectées les personnes condamnées à une longue peine, les multirécidivistes, les personnes détenues réputées dangereuses ou celles pour lesquelles le pronostic de réadaptation sociale est peu favorable. En région PACA, il s'agit de la prison d'Arles.

- 25 centres de détention

Les centres de détention comportent un régime principalement orienté vers la réinsertion sociale et, le cas échéant, la préparation à la sortie des personnes condamnées. Ils reçoivent les personnes condamnées primaires, celles dont les chances de réinsertion sont les plus élevées et les personnes condamnées en fin de peine.

En région PACA, on retrouve ceux de Tarascon et de Salon de Provence.

- 53 centres pénitentiaires

Les centres pénitentiaires sont des établissements de type mixte comprenant au moins deux quartiers accueillant des régimes de détention différents (maison d'arrêt, centre de détention et/ou maison centrale), mais disposant d'un greffe judiciaire unique.

En région PACA, il s'agit de ceux de Marseille-Baumettes, Aix-Luynes, Avignon-Le Pontet et Toulon-La Farlède.

- 10 centres de semi-liberté autonomes

Les centres de semi-liberté et quartiers de semi-liberté, ainsi que les centres pour peines aménagées et les quartiers pour peines aménagées reçoivent les personnes condamnées faisant l'objet d'une mesure d'aménagement de peine sous forme de semi-liberté ou de placement extérieur.

Il n'en existe pas en région PACA.

- 6 établissements pour mineurs (EPM)

Établissement dont la capacité d'accueil est limitée à 60 mineurs répartis en unités de 10 places. Il a pour objectif de concilier sanction et action éducative, c'est-à-dire de placer les activités scolaires, sportives et culturelles au cœur du dispositif de détention. Chaque mineur est encadré par un éducateur de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ) et un surveillant pénitentiaire.

Il en existe un en région PACA, à Marseille – La Valentine.

- 1 établissement public de santé national

Il est situé à Fresnes (94). Il assure la prise en charge somatique de personnes placées sous-main de justice. L'offre de soins est constituée d'un service de Médecine (16 lits), d'un service de Soins de Suite et de Réadaptation de 64 lits, dont 16 de SSR Polyvalent et 40 lits de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR). Un service de consultations et un service de radiologie (radiologie conventionnelle et scanner), ouverts aux patients adressés par les unités sanitaires des établissements pénitentiaires, complètent cette offre de soins.

4. La population carcérale (67)

Dans cette partie, nous avons choisi de présenter les chiffres pour l'année 2018, année pendant laquelle notre étude a été réalisée.

Au 1^{er} janvier 2018, il y a 79 785 personnes écrouées dont 68 974 personnes détenues (7 608 en région PACA-Corse).

On entend par « *personne écrouée* » toute personne placée en détention provisoire, ou incarcérée dans un établissement pénitentiaire, ou bénéficiant d'une mesure d'aménagement de peine sous la forme d'une semi-liberté, d'un placement à l'extérieur ou

d'un placement sous surveillance électronique.

On entend par « *personne détenue* » toute personne faisant l'objet d'une mesure privative de liberté à l'intérieur d'un établissement pénitentiaire. La personne détenue ou incarcérée est hébergée de façon continue (à temps complet) ou discontinue (à temps incomplet) au sein d'un établissement pénitentiaire.

Parmi les personnes écrouées non détenues, on retrouve les personnes placées sous surveillance électronique et les personnes placées à l'extérieur non hébergées.

La détention se termine par la « *levée d'écrou* », c'est à dire la libération du détenu.

Parmi les personnes écrouées, on retrouve :

- 2 975 femmes soit 3,7% de la population (dont 223 en PACA Corse),
- 783 mineurs soit 1,0% de la population carcérale (dont 99 en PACA Corse),
- 16 450 détenus étrangers soit 20,6% de l'ensemble,
- 59 970 condamnés (dont 5 033 en PACA Corse) et 19 815 prévenus (dont 2 575 en PACA Corse).

La répartition par tranche d'âge des personnes écrouées est décrite dans la figure 2.

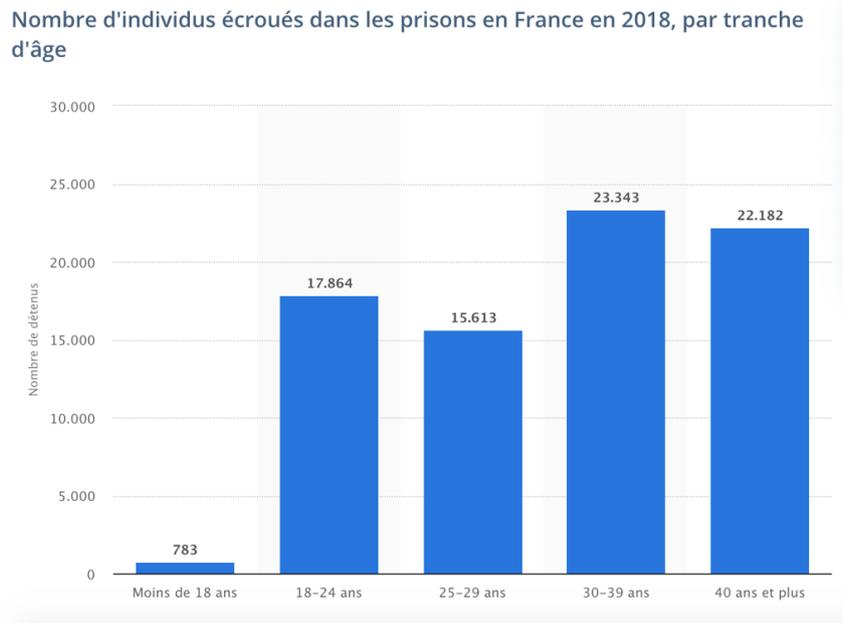


Figure 2 : Répartition par tranche d'âge des individus écroués en France en 2018

Parmi les personnes condamnées en détention au 1er janvier 2018 :

- 46% ont été condamnées à une peine inférieure à 1 an,
- 16% de 1 à 2 ans,
- 17% de 2 à 5 ans,
- 21% plus de 5 ans, parmi lesquelles 1% de réclusion à perpétuité.

Parmi les personnes détenues, plus de deux tiers (68,4%) sont placées en maison d'arrêt, dont le taux de surpopulation est à 138,7% au 1^{er} janvier 2018.

La durée moyenne de détention (rapport du nombre moyen de détenus aux entrées en détention) est de 9,9 mois en 2017.

Pour conclure cette introduction, nous présenterons les principales données épidémiologiques des pathologies psychiatriques en milieu pénitentiaire.

E. Santé mentale en milieu carcéral

Dans la littérature, la surreprésentation de chacun des troubles psychiatriques est clairement démontrée : les troubles psychotiques (dont la schizophrénie), les troubles de l'humeur (dont le trouble bipolaire et l'épisode dépressif caractérisé), le stress post-traumatique, les troubles anxieux, les troubles de la personnalité et la déficience intellectuelle.

1. Étude épidémiologique sur la santé mentale des personnes détenues en prison (68)

En France, l'étude qui fournit de loin le plus de renseignement sur l'état de santé mentale des personnes détenues est l'enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral commanditée conjointement par la Direction Générale de la Santé et la Direction de l'Administration Pénitentiaire, réalisée en 2004 par F.Rouillon et B.Falissard. On retrouve au moins un trouble psychiatrique chez 80% des hommes et 70% des femmes. Une grande majorité cumule plusieurs troubles.

Plus d'un tiers des personnes détenues ont des antécédents de suivi en psychiatrie avant leur incarcération, 16% ont déjà été hospitalisés pour un trouble psychiatrique. On retrouve par ordre de prévalence, les troubles anxieux (56% des hommes et 54% des femmes), les troubles thymiques (47% des hommes et 51% des femmes), les dépendances aux substances illicites (38%), les dépendances à l'alcool (30%), et les troubles psychotiques (un détenu sur 4).

Un risque suicidaire est repéré chez 40% des hommes et 62% des femmes. Il est jugé élevé pour presque la moitié de ces personnes.

Plus d'un tiers présentent un trouble d'une gravité marquée à sévère.

	Estimation de la prévalence « population carcérale masculine française »
Troubles thymiques	
Syndrome dépressif	40,30%
Dépression endogène- Mélancolie	7,50%
Etat dépressif chronique	7,40%
Manie/hypomanie	6,20%
Troubles bipolaires	4,70%
Symptômes psychotiques contemporains des épisodes thymiques	1,80%
Troubles anxieux	
Attaques de panique / névrose d'angoisse	7,60%
Agoraphobie	16,70%
Phobie sociale	16,30%
Névrose obsessionnelle	9,20%
Névrose traumatique	19,60%
Anxiété généralisée	32,70%
Dépendance aux substances	
Abus / dépendance à l'alcool (si < 6 mois d'incarcération)	31,2%
Abus / dépendance aux substances (si < 6 mois d'incarcération)	37,90%
Troubles psychotiques	
Troubles psychotiques (total)	21,40%
Schizophrénie	7,30%
Bouffée délirante aiguë	0,10%
Schizophrénie dysthymique	2,60%
Psychose chronique non schizophrénique (paranoïa, PHC...)	7,30%
Type de psychose non précisé	4,10%

Tableau 2 : Estimation de la prévalence des troubles psychiatriques actuels dans la population carcérale française masculine

2. Santé mentale en population carcérale (69)

La deuxième étude de grande ampleur menée en France est celle de L.Plancke et T.Fovet, *Santé Mentale en population carcérale*, dont les résultats sont parus en 2017. Elle renseigne sur l'état de santé des personnes entrant en détention, et exclut donc les troubles réactionnels à l'incarcération. Elle confirme le haut niveau de morbidité psychiatrique de cette population, très supérieur à celui de la population générale. 7 personnes sur 10 présentent au moins un trouble psychiatrique à l'entrée en détention. Les épisodes dépressifs, l'anxiété généralisée, la dépendance à l'alcool et aux substances illicites touchent plus d'un quart des détenus.

Elle met aussi en avant la prévalence massive des comorbidités psychiatriques, particulièrement avec les addictions, et témoignent ainsi d'un pronostic plus défavorable.

3. Autres études

On retrouve des notions similaires dans la littérature, notamment avec une enquête de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) de 2001, qui indiquait qu'une personne détenue sur 5 entrant en prison avaient déjà été suivie en psychiatrie (70). Un autre rapport de la DREES de 2003 alertait sur l'importance des consommations de substances psychoactives à l'entrée en détention (71).

En 2004, une enquête conduite dans les établissements pénitentiaires disposant d'un SMPR avait montré que 40% des personnes évaluées à l'entrée en détention présentaient des symptômes psychiatriques. On retrouvait une prévalence de 34% pour les troubles de la personnalité, 12% pour les troubles anxieux, 8% pour les troubles psychotiques et 7% pour les troubles de l'humeur (72). Les traitements psychotropes concernent près d'un détenu sur

2. Une enquête de 2006 met en évidence l'importance de la prescription des psychotropes en milieu pénitentiaire, largement supérieure à celle de la population générale (73).

Une des problématiques majeures en détention est le suicide, première cause de mortalité avec des taux nettement supérieurs par rapport à la population générale (3 à 6 fois pour les hommes, plus de 6 fois pour les femmes (74). En France, le taux de suicide est particulièrement élevé par rapport aux autres pays, et a connu une augmentation ces dernières années (94 suicides en 2014, près d'un mort sur 2(75)).

Il faut noter que les troubles psychiatriques ne sont pas les seuls à être surreprésentés en détention puisqu'on retrouve aussi des chiffres alarmants pour les pathologies infectieuses (dont le VIH et les hépatites), les pathologies cardio-vasculaires, les cancers et les pathologies bucco-dentaires (76).

4. Les femmes et les mineurs

Les études sur la santé mentale des femmes et des mineurs détenus sont rares.

Une étude médicosociale des femmes incarcérées menée entre 2000 et 2001 à la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis met en évidence une proportion importante de troubles psychologiques mineurs réactionnels à l'incarcération, avec des prescriptions d'anxiolytiques pour presque une femme détenue sur 2 (77). Au contraire, les pathologies psychiatriques lourdes restent rares.

Par ailleurs, une méta-analyse menée par Seena Fazel et collaborateurs, reprenant les résultats de 25 études publiées entre 1966 et 2006, a montré que les adolescents incarcérés présentaient des risques de souffrir de troubles psychotiques et de troubles des conduites multipliés par dix par rapport à ceux de la population générale (78). Ils ont 2 à 4 fois plus de risque de souffrir d'un trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) (79) et présentent

des antécédents addictologiques marqués (72). Les chiffres de l'Administration Pénitentiaire font état de 11 décès de détenus mineurs par suicide en France entre 2006 et 2016 (80).

Cette première partie nous a permis, à travers un bref historique, de comprendre le contexte de création des UHSA. Nous avons pu voir comment a évolué le dispositif de soins psychiatriques pour les personnes détenues depuis sa création au milieu du 20^{ème} siècle et comment fonctionnent les UHSA.

L'état des lieux de la Justice actuelle et la description des principales études sur la santé mentale en milieu pénitentiaire nous permettent de définir certaines notions qui seront évoquées dans notre étude et de placer le contexte épidémiologique.

II. Matériels et méthodes

L'UHSA est un dispositif récent dans l'histoire de la psychiatrie. Peu de données sont disponibles à ce jour, il est encore difficile d'évaluer les avancées permises par leur création et les bénéfices et les inconvénients dans la prise en charge en hospitalisation psychiatrique des personnes incarcérées qui en découlent. Cette étude permettra de faire un premier état des lieux de l'UHSA de Marseille en décrivant la population qui y est accueillie, ainsi que les modalités de prises en charge. Dans un deuxième temps, il nous a paru intéressant d'étudier les délais d'admission et les durées moyennes de séjour (DMS) afin de trouver des pistes d'amélioration si nécessaire.

A. Objectif principal et objectifs secondaires

L'objectif principal de cette étude est de décrire la population prise en charge à l'UHSA de Marseille durant l'année 2018 : caractéristiques sociodémographiques, judiciaires, antécédents, hospitalisation à l'UHSA et leurs modalités et traitement de sortie.

Les objectifs secondaires sont les suivants :

- Décrire et comparer les délais d'admission à l'UHSA
- Analyser la DMS à l'UHSA selon plusieurs facteurs

B. Type de l'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique observationnelle descriptive rétrospective monocentrique d'une durée de onze mois basée sur la première année d'ouverture de l'UHSA de Marseille qui s'étend du 6 février au 31 décembre 2018 inclus.

Cette étude rétrospective sur données ne nécessite donc pas l'intervention d'un comité de protection de la personne.

C. Population concernée, critères et lieu d'inclusion

La population étudiée comprend l'ensemble des patients admis à l'UHSA de Marseille entre le 6 février et le 31 décembre 2018. Sont inclus au total 133 patients, avec un total de 182 séjours hospitaliers du fait des ré hospitalisations. En effet, les données de ces patients ont été prises en compte à chaque nouveau séjour pour intégrer dans la description les motifs d'admission, les modalités d'entrée, de sortie et de soin.

D. Déroulement

Les données sociodémographiques, diagnostiques et de prise en charge ont été recueillies à partir du dossier médical informatisé « *Cimaise* » des patients.

Dans le dossier « *Cimaise* », les informations ont été recueillies à partir des comptes rendus d'hospitalisation, des observations médicales, du dossier social et des documents intégrés (compte rendu d'autres établissements, courriers médicaux...).

Les diagnostics médicaux posés selon la Classification Internationale des Maladies 10 (CIM 10) ont été recueillis auprès du Département d'Information Médicale (DIM) de l'APHM. Ils ont été regroupés en plusieurs catégories pour simplifier la lecture des résultats :

- Schizophrénie (F20.0)
- Autres troubles psychotiques (F21-29)
- Trouble bipolaire (F30-31)

- Troubles dépressifs (F32-33)
- Troubles névrotiques (F40-48)
- Troubles de la personnalité (F60-69)
- Addictions (F10-19)
- Autres

Pour ce qui est des motifs de suivi antérieurs à l'hospitalisation à l'UHSA, les données sont recueillies dans le dossier médical « *Cimaise* », y compris pour les diagnostics.

Les données judiciaires ont été recueillies à partir des fiches pénales des patients (volets 1 et 5) récupérées auprès de l'Administration Pénitentiaire.

Les délais d'admission ont été recueillis par la secrétaire de l'UHSA.

E. Les outils statistiques

Une analyse statistique descriptive a été réalisée. Les variables quantitatives ont été décrites par la moyenne, l'écart-type et la médiane. Les variables qualitatives ont été présentées par l'effectif et le pourcentage.

Pour les objectifs secondaires, le traitement des données a été réalisé à partir du logiciel SPSS version 20.0 sous Windows par le statisticien de l'Unité d'Aide Méthodologique à la Recherche Clinique, en conformité avec les bonnes pratiques épidémiologiques.

Les délais d'admission ont été comparés à l'aide du test de Mann-Whitney. L'analyse de la durée moyenne de séjour selon plusieurs facteurs a été faite avec le test d'homogénéité de la variance de Bartlett et le test de Student selon les hypothèses statistiques.

L'ensemble des tests statistiques a été réalisé au seuil de significativité $\alpha=5\%$.

III. Résultats et analyse des données

A. Caractéristiques sociodémographiques

	Hommes		Femmes		Total	
	Effectif n=122	%	Effectif n=11	%	Effectif n=133	%
Âge						
<18 ans	1	0,8	0	0	1	0,8
18-24 ans	23	18,9	1	9,0	24	18,0
25-39 ans	73	59,8	2	18,2	75	56,4
40-59 ans	24	19,7	8	72,8	32	24,0
>60 ans	1	0,8	0	0	1	0,8
Situation familiale						
Célibataire	90	73,8	7	63,6	97	73,0
En couple	32	26,2	4	36,4	36	27,0
Enfants						
0	73	59,9	3	27,3	76	57,1
1	15	12,3	3	27,3	18	13,6
2	22	18,0	2	18,2	24	18,0
3	7	5,8	2	18,2	9	6,8
>4	5	4,0	1	9,0	6	4,5
Situation administrative						
Français	102	83,6	9	81,8	111	83,5
Situation régulière	8	6,6	2	18,2	10	7,5
Situation irrégulière	12	9,8	0	0	12	9,0
Emploi avant l'incarcération						
	22	18,0	0	0	22	16,5
Logement						
	103	84,4	9	81,8	112	84,2
Allocation Adulte Handicapé						
Oui	49	40,2	5	45,5	54	40,6
Initiée à l'UHSA	3	2,5	0	0	3	2,3
Mesure de protection						
Oui	14	11,5	2	18,2	16	12,0
Initiée à l'UHSA	4	3,3	0	0	4	3,0

Tableau 3 : Caractéristiques sociodémographiques

Sur la première année d'ouverture de l'UHSA, 133 patients ont été accueillis, dont une majorité d'hommes (122 soit 91,7%) et 11 femmes (8,3%).

La moyenne d'âge globale était de 33,7 ans avec un écart type de 10,05, l'âge minimum étant de 17 ans et l'âge maximum de 76 ans. La médiane est de 33 ans. L'âge moyen des femmes (41,7 ans) est plus élevé que celui des hommes (32,9 ans). Il n'y a eu qu'un seul patient mineur.

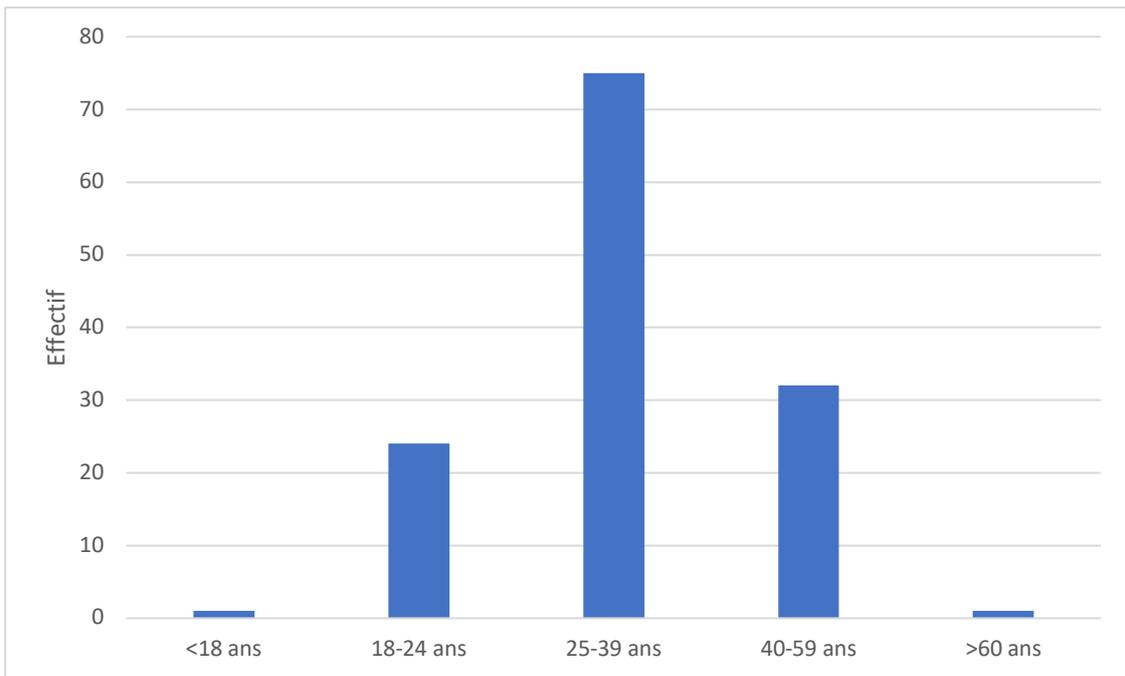


Figure 3 : Répartition par tranche d'âge

La majorité des patients est célibataire (73,0%).

Plus de la moitié des hommes n'a pas d'enfant (59,9%). Seulement 3 sur les 11 femmes n'ont pas d'enfant (27,3%), alors que 3 femmes en ont un, et 5 en ont au moins 2 (45,4%).

22 patients accueillis sont étrangers (16,5%), dont 12 en situation irrégulière (9,0%).

Au moment de leur incarcération, 82,0% des patients étaient sans emploi et 84,2% avaient un logement.

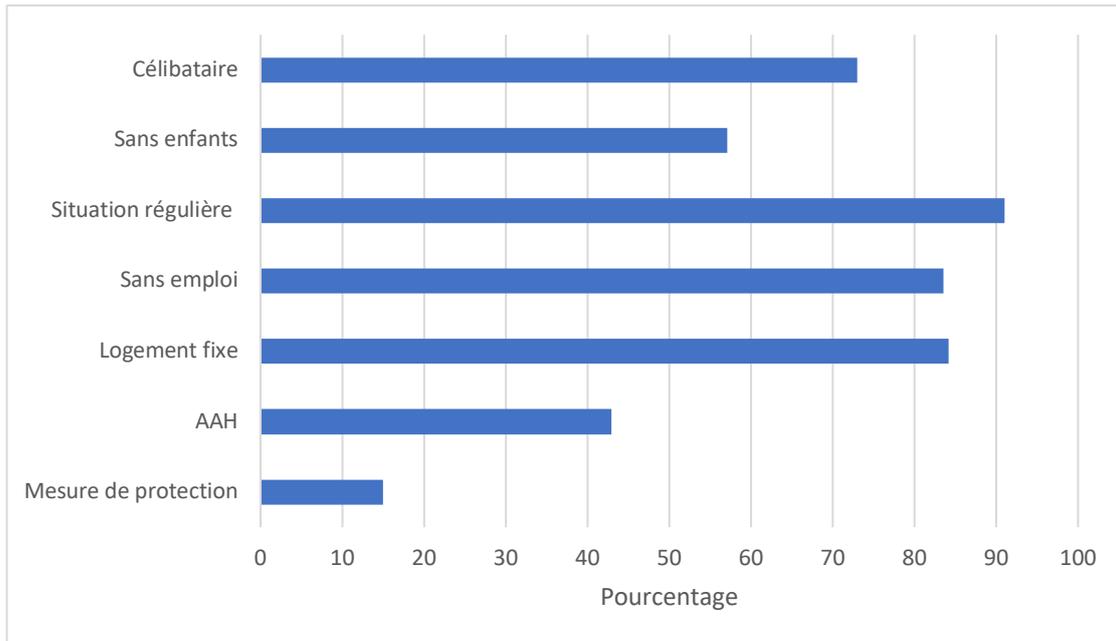


Figure 4 : caractéristiques sociodémographiques

Moins d'un patient sur 2 est bénéficiaire de l'Allocation Adulte Handicapé (AAH) (42,9%), parmi lesquels trois demandes ont été faites au cours de l'hospitalisation à l'UHSA.

Seulement 20 patients bénéficient d'une mesure de protection (15,0%). Leur répartition est décrite dans la figure 5.

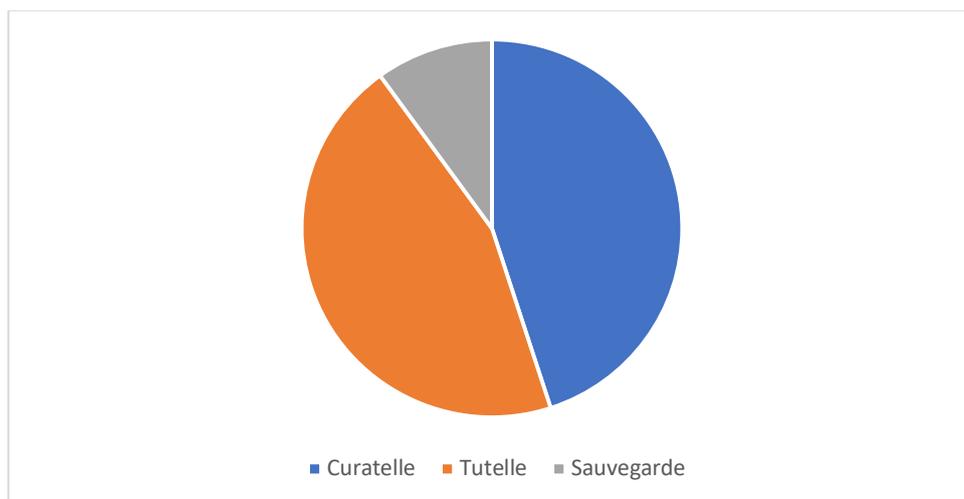


Figure 5 : Les mesures de protection

B. Caractéristiques judiciaires

	Hommes		Femmes		Total	
	Effectif n=122	%	Effectif n=11	%	Effectif n=133	%
Antécédents d'incarcération						
Oui	34	27,9	1	9,0	35	26,3
Non	88	72,1	10	91,0	98	73,7
Statut judiciaire						
Prévenu	45	36,9	5	45,5	50	37,6
Condamné	76	62,3	6	55,5	82	61,7
Extradable	1	0,8	0	0	1	0,7
Procédure						
Correctionnelle	83	68,0	6	55,5	89	66,9
Criminelle	38	31,2	5	45,5	43	32,4
Extradition	1	0,8	0	0	1	0,7
Durée de peine (patients condamnés)						
<1 an	21	27,6	2	33,2	23	28,0
1-2 ans	7	9,2	1	16,7	8	9,8
2-5 ans	23	30,3	1	16,7	24	29,3
5-10 ans	4	5,3	1	16,7	5	6,0
>10 ans	21	27,6	1	16,7	22	26,9
Établissement						
Maison d'arrêt	52	42,6	2	18,2	54	40,6
Centre pénitentiaire	47	38,5	9	81,8	56	42,1
Centre de détention	12	9,9	0	0	12	9,0
Maison centrale	11	9,0	0	0	11	8,3
Établissement d'origine						
Marseille-Baumettes	24	19,7	9	81,8	33	24,8
Aix-Luynes	35	28,7	0	0	35	26,3
Toulon-La Farlède	15	12,3	0	0	15	11,3
Salon	10	8,2	0	0	10	7,5
Arles	11	9,0	0	0	11	8,3
Tarascon	2	1,6	0	0	2	1,5
Avignon-Le Pontet	8	6,7	0	0	8	6,0
Draguignan	7	5,7	0	0	7	5,3
Grasse	7	5,7	0	0	7	5,3
Nice	2	1,6	2	18,2	4	3,0
Digne	1	0,8	0	0	1	0,7

Tableau 4 : Caractéristiques judiciaires

Seulement un quart des patients a des antécédents d'incarcération (26,3%).

61,7% sont déjà condamnés (76 hommes et 6 femmes) à leur admission à l'UHSA, la plupart suite à une procédure correctionnelle (66,9%).

Chez les condamnés, la répartition des durées de peine sont présentées dans le tableau 4. Les peines vont de 3 mois à 36 ans.

Seulement deux établissements accueillent des femmes dans la région, celles qui ont été adressées à l'UHSA proviennent du Centre Pénitentiaire des Baumettes (81,8%) et de la maison d'arrêt de Nice (18,2%).

Les hommes sont originaires de différents établissements : un quart des détenus vient de la maison d'arrêt de Luynes (26,3%), un quart du centre pénitentiaire des Baumettes (24,8%), 11,3% du centre pénitentiaire de La Farlède. Les 50 détenus restant proviennent des autres établissements pénitentiaires de la région.

Aucun détenu n'a été adressé par les établissements corses (Ajaccio, Borgo, Casabianda) ni par la maison d'arrêt de Gap.

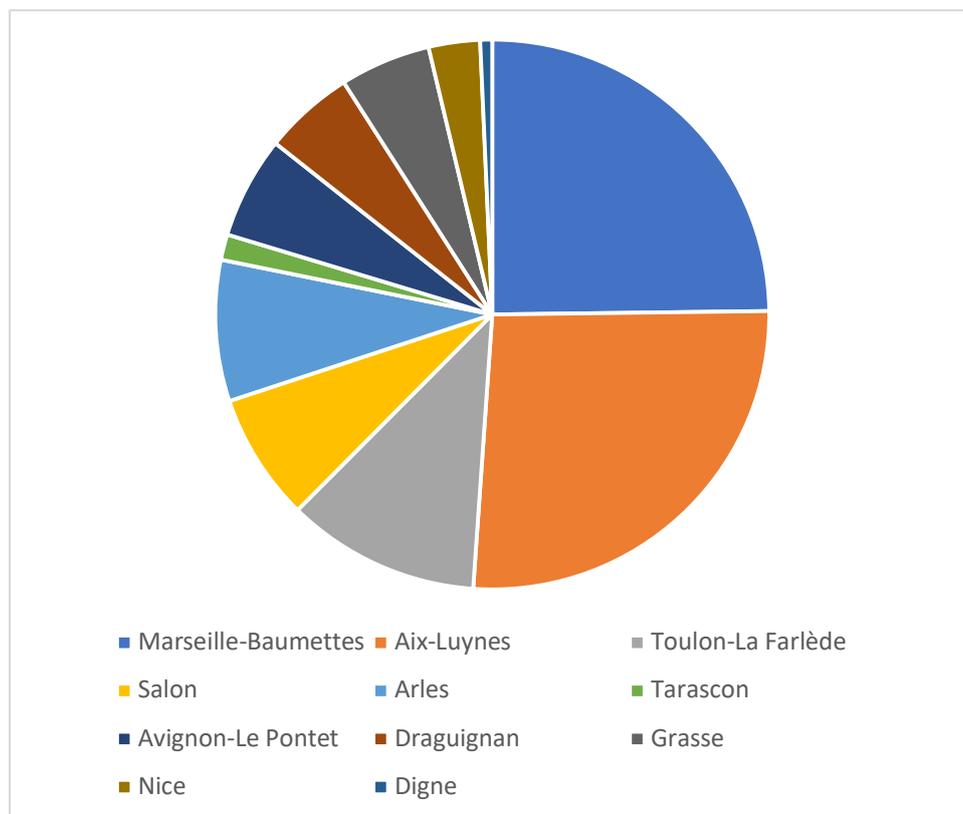


Figure 6 : Établissements pénitentiaires d'origine

C. Antécédents

	Hommes		Femmes		Total	
	Effectif n=122	%	Effectif n=11	%	Effectif n=133	%
Suivi psychiatrique						
	91	74,6	9	81,8	100	75,2
Diagnostic principal CIM 10						
Schizophrénie F20.0	21	23	4	44,4	25	18,7
Autres troubles psychotiques F21-29	42	46,1	2	22,2	44	33,0
Trouble bipolaire F30-31	10	11	3	33,3	13	9,8
Troubles dépressifs F32-33	5	5,5	0	0	5	3,8
Troubles névrotiques F40-48	2	2,2	0	0	2	1,5
Troubles de la personnalité F60-69	7	7,8	0	0	7	5,3
Addictions F10-19	2	2,2	0	0	2	1,5
Autre	2	2,2	0	0	2	1,5
Hospitalisation en psychiatrie						
	85	69,7	9	81,8	94	70,7
Traitement psychotrope						
	89	73,0	9	81,8	98	73,7
Consommation de toxiques						
	108	88,6	6	54,5	114	85,7
Antécédent d'hospitalisation D398						
	45	36,9	3	27,3	48	36,0

Tableau 5 : Antécédents

Trois quarts des patients ont des antécédents de suivi psychiatrique avant leur incarcération actuelle (75,2%). Le critère « *suivi psychiatrique* » inclut tout suivi au cours de la vie du patient, quelle que soit sa durée, son ancienneté et sa fréquence.

70,7% ont déjà été hospitalisés en psychiatrie avant l'incarcération actuelle, 73,7% ont déjà pris un traitement psychotrope.

Parmi les patients qui ont des antécédents de suivi psychiatrique, 69% ont un diagnostic de trouble psychotique dont 25% de schizophrénie, 13% souffre de trouble bipolaire, 7% de trouble de la personnalité, 5% de trouble dépressif, 2% de troubles névrotique et 2% d'addictions. Deux patients ont été suivis pour des troubles du comportement qui ne rentraient dans aucune de ces catégories.

Chez les femmes, les troubles bipolaires sont les plus représentés (un tiers des patientes avec antécédent de suivi psychiatrique).

Plus de 8 patients sur 10 consommaient des toxiques avant leur incarcération (hors tabac), avec des consommations plus importantes chez les hommes (88,6% des hommes contre 54,5% des femmes sont ou ont été consommateurs de toxiques).

Seul un tiers des patients (36,0%) avait des antécédents d'hospitalisation en SDRE D398. Les hospitalisations de transit dans les établissements psychiatriques en attente de l'admission à l'UHSA n'ont pas été prises en compte.

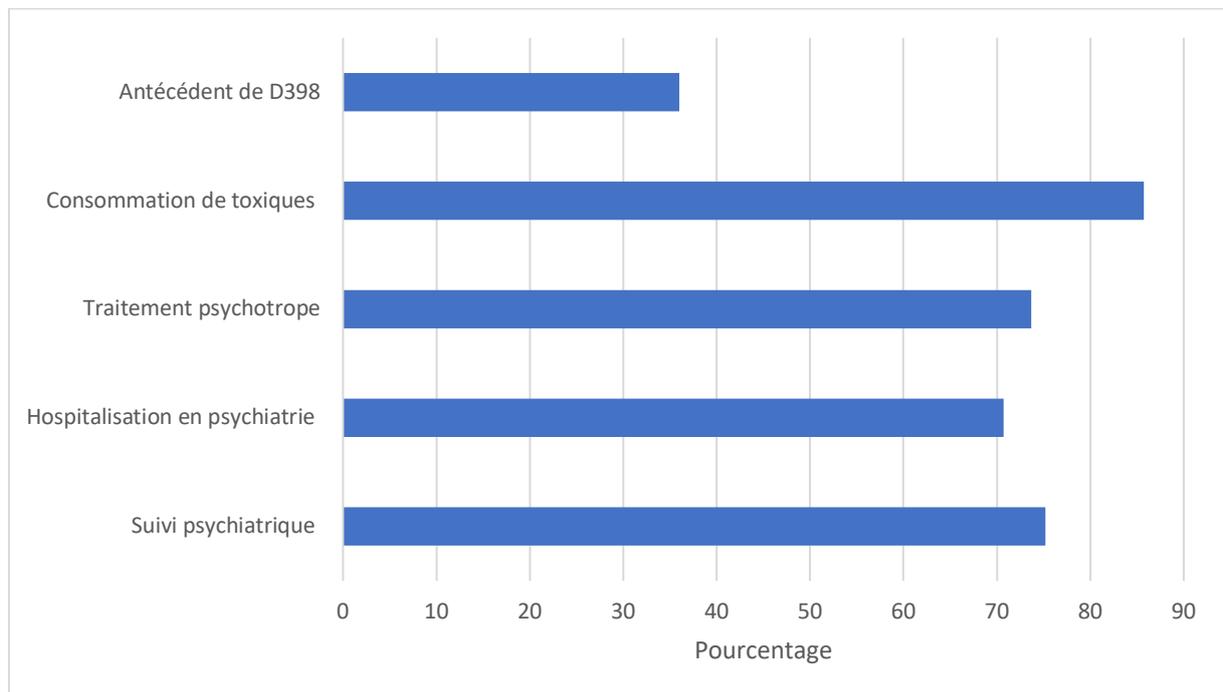


Figure 7 : Antécédents

D. Hospitalisations

	Hommes		Femmes		Total	
	Effectif n=162	%	Effectif n=20	%	Effectif n=182	%
Motif d'hospitalisation						
Décompensation psychotique	75	46,3	10	50,0	85	46,7
Crise suicidaire	35	21,6	3	15,0	38	20,9
Séjour de rupture	9	5,5	2	10,0	11	6,0
Hospitalisation séquentielle	14	8,7	2	10,0	16	8,8
Syndrome anxio-dépressif	11	6,8	2	10,0	13	7,2
Décompensation maniaque	10	6,2	1	5,0	11	6,0
Évaluation psychiatrique	4	2,5	0	0	4	2,2
Passage à l'acte hétéro-agressif	2	1,2	0	0	2	1,1
Sevrage	2	1,2	0	0	2	1,1
Nombre d'hospitalisations sur la période						
1	96	78,7	5	45,5	101	75,9
2	16	13,1	4	36,5	20	15,0
3	7	5,7	1	9,0	8	6,1
4 et plus	3	2,5	1	9,0	4	3,0
Diagnostic principal CIM 10						
Schizophrénie F20.0	38	31,1	5	45,4	43	32,3
Autres troubles psychotiques F21-29	32	26,2	2	18,2	34	25,6
Trouble bipolaire F30-31	9	7,4	0	0	9	6,7
Troubles dépressifs F32-33	18	14,8	2	18,2	20	15,0
Troubles névrotiques F40-48	6	4,9	1	9,1	7	5,3
Troubles de la personnalité F60- 69	16	13,1	1	9,1	17	12,8
Addictions F10-19	3	2,5	0	0	3	2,3
Modalités de soin						
SL	79	48,8	10	50,0	88	48,9
SDRE	36	22,2	2	10,0	38	20,9
SL>SDRE	8	4,9	2	10,0	10	5,5
SDRE>SL	39	24,1	6	30,0	45	24,7
Modalités d'entrée						
Hospitalisation	54	33,3	8	40,0	62	34,0
Détention	108	66,7	12	60,0	120	66,0
Modalités de sortie						
Levée d'écrou	30	18,6	2	10,0	32	17,6
Poursuite hospitalisation	1	0,6	1	5,0	2	1,1
Détention	128	79,6	17	85,0	146	80,2
Toujours à l'UHSA à la fin de l'étude	2	1,2	0	0	2	1,1

Tableau 6 : Caractéristiques des hospitalisations

Les caractéristiques d'hospitalisation sont présentées dans le tableau 6. L'effectif total est donc celui du nombre de séjours sur la période (n=182) et non du nombre de patients (n=133).

La durée moyenne de séjour est de 47,6 jours avec des séjours de 1 à 292 jours. L'écart type est de 49,2 jours avec une médiane de 12,5 jours.

1. Les motifs d'hospitalisation

La répartition des motifs d'hospitalisation est détaillée dans la figure 8. Le motif d'hospitalisation le plus fréquent est la décompensation psychotique (46,7% soit 85 séjours) suivi par la crise suicidaire (20,9% soit 38 séjours).

Quatre patients ont été adressés pour évaluation psychiatrique pour poser ou affiner un diagnostic psychiatrique, principalement quand les patients présentaient des troubles du comportement en détention.

Un quart des patients a bénéficié de plusieurs séjours à l'UHSA sur la période, soit pour des hospitalisations séquentielles, soit pour des séjours de rupture.

Les hospitalisations séquentielles étaient proposées pour prévenir les décompensations thymiques ou psychotiques. Elles s'inscrivent dans un projet de soins pour un patient, qui le plus souvent est condamné à une longue peine, et va intégrer un mouvement dans le soin avec des hospitalisations à temps complet et des périodes de suivi ambulatoire.

Les séjours de rupture concernaient les patients ayant des difficultés à supporter l'incarcération au vu de leur état mental. Le contexte carcéral étant hostile, il peut être source de tension interne où seule l'extraction du milieu pour un environnement bienveillant pourra éviter le passage à l'acte auto-agressif ou l'aggravation.

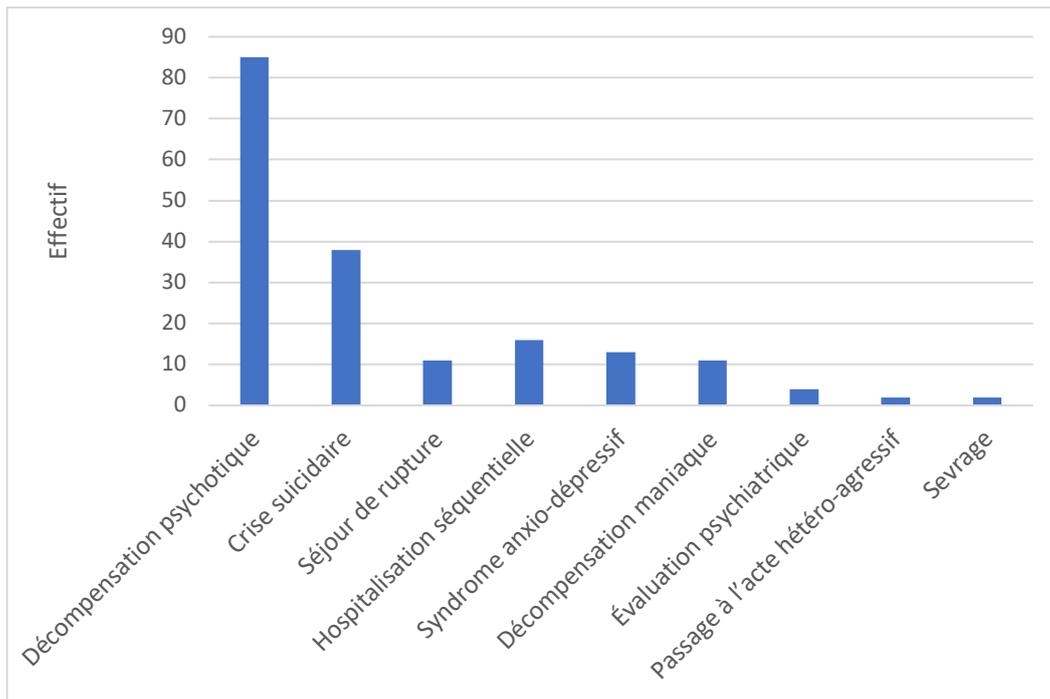


Figure 8 : Motifs d'hospitalisation

La durée moyenne de séjour a été analysée selon le motif d'hospitalisation.

	DMS durée en jours	Jours d'hospitalisation n jours	Effectif de patients n patients	Pourcentage total de jours %
Décompensation psychotique	87,8	5620	64	66,0
Crise suicidaire	48,4	1598	33	18,8
Décompensation maniaque	41,6	416	10	4,9
Évaluation psychiatrique	25,4	229	9	2,7
Passage à l'acte	50,5	455	9	5,3
Séjour rupture	32,2	129	4	1,5
Sevrage	5,0	10	2	0,1
Syndrome anxio-dépressif	22,5	45	2	0,5
TOTAL	63,9	2882	133	100,0

Tableau 7 : analyse de la DMS selon le motif d'hospitalisation

Le tableau 7 présente l'analyse de la durée moyenne de séjour (DMS) selon le motif d'hospitalisation. Le test d'homogénéité de la variance de Bartlett est significatif ($p=0,005$).

La DMS est donc significativement différente selon le diagnostic et significativement plus longue en cas de décompensation psychotique.

Sur le total de jours d'hospitalisation durant la première année d'ouverture de l'UHSA, 66% concernent les hospitalisations de patients souffrant de décompensation psychotique.

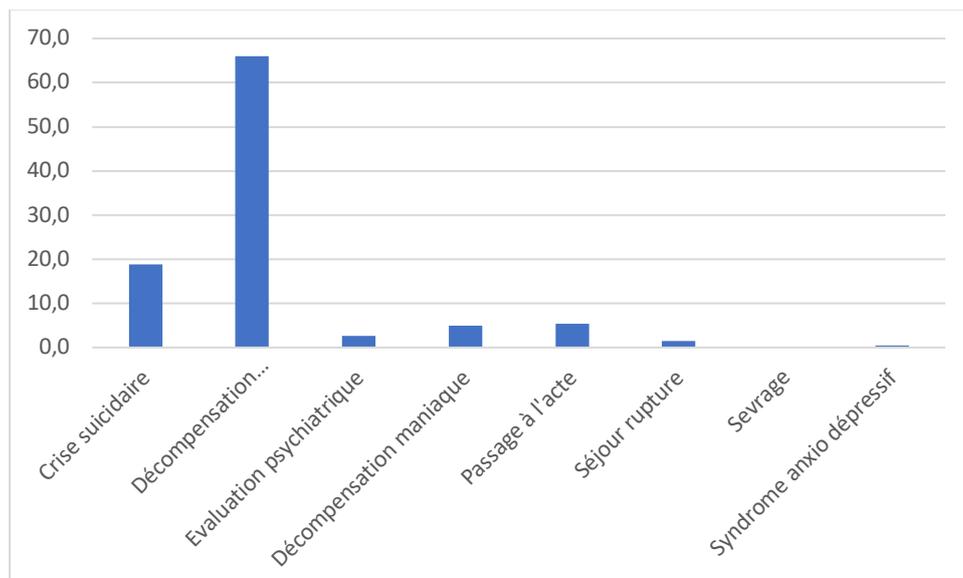


Figure 9 : Jours d'hospitalisation selon les motifs d'hospitalisation

2. Le diagnostic principal

Un diagnostic principal a été retenu pour chaque séjour (figure 10). Un diagnostic de trouble psychotique est retenu pour plus de la moitié des patients (57,9%) : 43 patients sont schizophrènes (32,3%) et 33 (24,8%) souffrent d'autres troubles psychotiques. Presque un patient sur 5 souffre d'un trouble de l'humeur : 9 patients suivis pour bipolarité (6,7%) et 20 pour dépression (15,0%). Parmi les autres diagnostics, on retrouve les troubles névrotiques (5,3%), troubles de la personnalité (12,8%) et les addictions (2,3%).

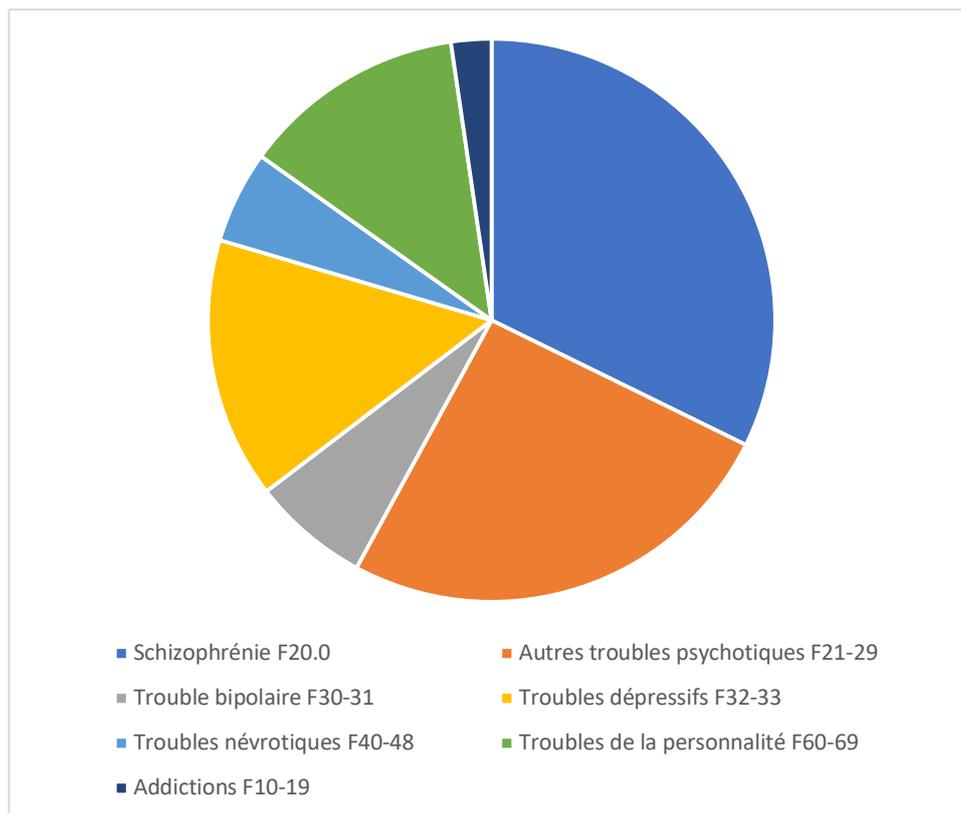


Figure 10 : Diagnostic principal

La durée moyenne de séjour a été analysée selon le diagnostic principal.

	DMS durée en jours	Durée d'hospitalisation n jours	Effectif de patients n patients	Pourcentage sur le total des jours %
Autre	44,7	179	4	2,4
F10-19	27,3	82	3	1,1
F20	75,9	3112	41	41,6
F21-29	63,4	1903	30	25,4
F30-31	41,4	373	9	5,0
F32-33	54,4	925	17	12,4
F40-48	42,5	255	6	3,4
F60-69	40,7	652	16	8,7
Total	59,4	7481	126	100,0

Tableau 8 : DMS selon le diagnostic principal

Le tableau 8 présente la DMS selon le diagnostic principal. Le test d'homogénéité de la variance de Bartlett n'est pas significatif ($p=0,27$). La DMS ne varie donc pas selon le diagnostic principal du patient.

La figure 11 décrit le pourcentage des jours d'hospitalisation selon les diagnostics principaux. Nous pouvons constater que près des deux tiers concernent les patients qui souffrent de troubles psychotiques.

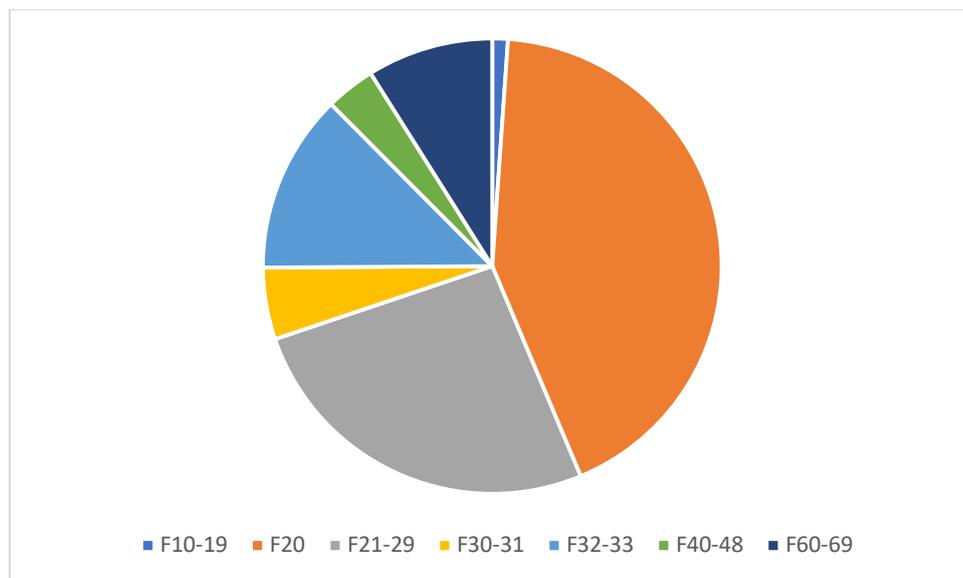


Figure 11 : Jours d'hospitalisation selon les diagnostics principaux

3. Les modalités de soin

La moitié des patients, hommes et femmes confondus, a été hospitalisée en soins libres (48,6%). 10 patients (5,5%) ont été hospitalisés initialement en soins libres mais une modification de la mesure a été nécessaire en cours d'hospitalisation soit à cause de la fragilité du consentement, soit à cause de la nécessité d'isolement thérapeutique.

L'autre moitié des patients (45,6%) a été admise en SDRE. Une levée de la mesure a été possible pour la moitié d'entre eux (24,7%).

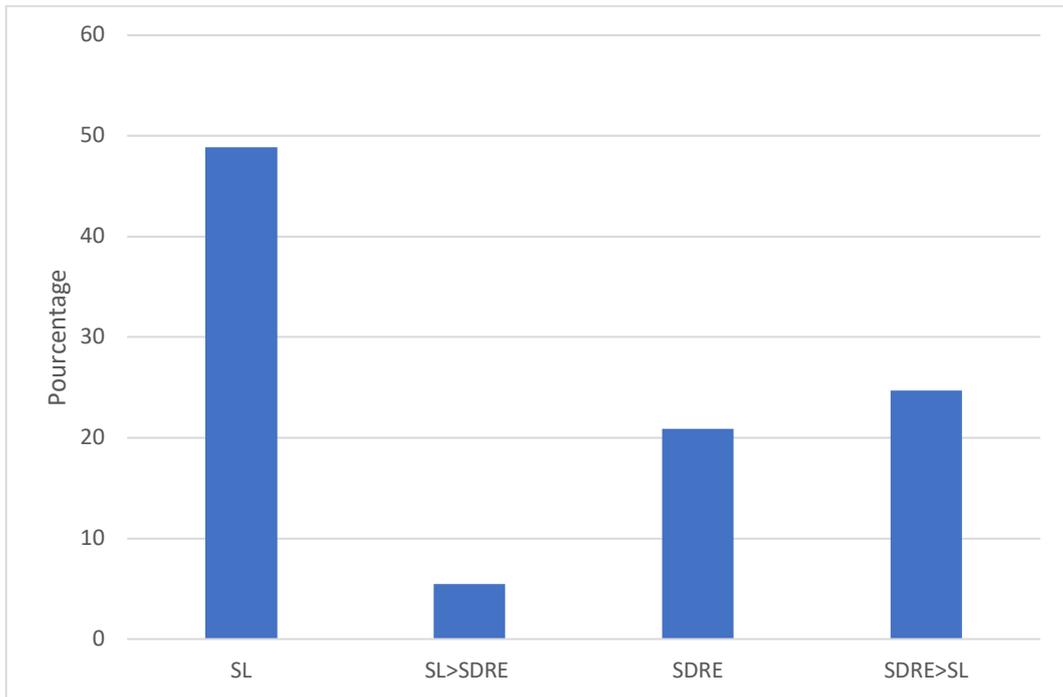


Figure 12 : Modalités de soin

Deux tiers des patients (66,0%) sont arrivés directement de la détention, alors qu'un tiers (34,0%) a été hospitalisé dans un premier temps dans une unité de psychiatrie conventionnelle en attente d'une place à l'UHSA.

80,2% des patients sont sortis de l'UHSA pour un retour en détention, 17,6% suite à la levée d'écrou et 1,1% soit 2 patients ont nécessité la poursuite de l'hospitalisation en UMD. 2 patients étaient toujours hospitalisés à l'UHSA au moment de la clôture des données.

E. Délais d'admission

	Délai moyen demande d'hospitalisation/ Accord	Délai moyen accord / Réception des documents	Délai moyen réception des documents / Hospitalisation	Délai demande/ Hospitalisation
Entrée via la détention (n=120)	3,8	2,6	3,5	10,0
Baumettes (n=35)	3,6	3,0	2,6	9,3
Luynes (n=29)	3,7	2,5	4,3	10,7
La Farlède (n=13)	1,1	1,3	3,8	6,2
Salon (n=12)	4,5	2,3	3,9	11,2
Arles (n=9)	8,9	3,1	3,0	15,0
Tarascon (n=1)	0	5,0	8,0	13,0
Le Pontet (n=4)	9,0	1,7	4,8	15,0
Draguignan (n=6)	2,0	4,0	5,1	11,1
Grasse (n=9)	2,4	2,4	1,6	6,3
Nice (n=1)	2,0	NC	NC	15,0
Digne (n=1)	2,0	1,0	5,0	8,0
Entrée via une hospitalisation (n=52)	6,7	2,6	2,3	11,8
Edouard Toulouse (n=6)	1,6	2,2	0,8	6,1
Conception (n=7)	1,0	1,9	2,4	5,3
Sainte Marguerite (n=4)	10,2	2,0	2,5	14,7
Montperrin (n=6)	10,5	4,3	2,5	15,8
Montfavet (n=5)	10,0	4,0	1,6	15,6
UMD Montfavet (n=5)	18,2	2,4	4,2	24,8
Toulon-La Seyne (n=1)	12,0	0	3,0	15,0
Valvert (n=6)	4,8	2,2	1,8	8,8
Sainte Marie (n=1)	NC	NC	NC	NC
USIP Nice (n=4)	6,0	3,2	2,5	11,7
Pierrefeu (n=2)	5,0	2,5	1,5	8,0
Autre (n=5)	2,4	2,6	2,8	7,8
UHSI (n=10)	0,5	1,5	0,9	2,9
TOTAL (n=182)	4,4	2,5	3,2	10,2

Tableau 9 : Délais d'admission

Le tableau 9 décrit la répartition des délais d'admission selon le lieu de provenance du patient – d'un établissement pénitentiaire ou d'un hôpital si une hospitalisation en urgence a été nécessaire.

Ce délai a été décomposé en plusieurs étapes :

- Le délai entre la demande d'hospitalisation faite par un médecin prenant en charge le patient et l'accord donné par les médecins de l'UHSA,
- Le délai entre l'accord des médecins de l'UHSA et la réception de tous les documents demandés en vue d'une hospitalisation,
- Et le délai entre la réception des documents et l'accueil du patient.

Les documents nécessaires pour l'admission d'un patient sont les suivants :

- La fiche de renseignements médicaux,
- Le traitement en cours,
- L'engagement de reprise par le secteur psychiatrique de rattachement,
- Le visa médico-administratif. Il s'agit d'un document nécessaire à l'Administration Pénitentiaire pour prendre un ordre de transfèrement.
- En cas d'hospitalisation en SL, le consentement écrit du patient,
- En cas d'hospitalisation en SDRE, le certificat initial et les modalités de transport (nécessité ou non de contention),
- En cas d'hospitalisation en service de psychiatrie générale préalable, la demande de transfert.

On retrouve un délai moyen de 4,4 jours pour recueillir l'accord d'admission, de 2,5 jours pour la réception des documents et de 3,2 jours avant l'arrivée du patient dans une des unités. Le délai moyen d'admission est de 10,2 jours : 10,0 jours si le patient vient d'un établissement pénitentiaire, 11,8 jours si le patient vient d'un secteur de psychiatrie générale et 2,9 jours si il vient de l'UHSA.

Les délais d'admission totaux ont été comparés entre les deux groupes « *entrée via la détention* » et « *entrée via une hospitalisation* » à l'aide du test de Mann-Whitney. Il n'a pas retrouvé de différence significative ($p=0,445$).

Le fonctionnement actuel des UHSA ne permet pas d'accueillir des patients en urgence absolue. Si le psychiatre estime que le patient ne peut pas attendre son admission à l'UHSA en détention, il rédige un certificat de soins sans consentements D398. Le patient est alors

admis dans un établissement de santé, dans un service de psychiatrie générale où il attendra sa place à l'UHSA, si l'indication d'un séjour persiste.

Des délais d'hospitalisation plus courts pour les patients arrivant directement de détention ont été observés. L'UHSA accueille prioritairement les femmes et les mineurs (qui ne bénéficient pas d'un niveau 2 de soin : les HDJ des SMPR), les patients présentant un profil pénitentiaire de dangerosité, en particulier ceux venant des maisons centrales. Il privilégie aussi les personnes présentant un état psychiatrique aigu et qui ne font pas l'objet d'une hospitalisation en D398. Le délai peut aussi être rallongé pour les patients nécessitant une admission en chambre d'isolement (CI). En effet, il n'y en a que 2 par unité.

Par ailleurs, les entrées et sorties de patients dépendent des effectifs de l'Administration Pénitentiaire, qui assure les transports, et des effectifs soignants, qui assurent les accompagnements à l'entrée.

En effet, du côté de l'Administration Pénitentiaire, un seul équipage est attribué à cette fonction par jour, ce qui limite le nombre de trajet et donc d'admission. Par exemple, la récupération d'un patient à Nice occupe plus d'une demi-journée.

De plus, les effectifs soignants ne permettent pas toujours de former une équipe d'accompagnement, notamment en cas d'absentéisme.

F. Isolement

	Hommes		Femmes		Total	
	Effectif n=122	%	Effectif n=11	%	Effectif n=133	%
Passage en CI	44	36,1	4	36,4	48	36,1
Plusieurs passages en CI	10	8,2	1	9,0	11	8,3
Admission en CI	33	27,0	3	27,3	36	27,0

Tableau 10 : Isolement

Un tiers des patients (48) admis à l'UHSA a bénéficié d'une prise en charge en chambre d'isolement (CI). Parmi eux, 36 ont été admis directement en chambre d'isolement à l'arrivée. Seulement 8,3% y ont fait plusieurs passages.

Les durées de séjour en isolement vont de 1 journée à 54 jours. La durée moyenne de prise en charge en chambre d'isolement est de 15,0 jours.

La durée moyenne de séjour a été analysée selon le passage ou non en chambre d'isolement.

	DMS durée en jours	Jours d'hospitalisation n jours	Effectif de patients n patients	Pourcentage total de jours %
Passage en CI	80,2	3851	48	45,3
Pas de CI	54,7	4651	85	54,7
Total	63,9	8502	133	100,0

Tableau 11 : DMS selon le passage en CI

Le tableau 11 présente la DMS selon le passage en CI du patient au cours de son séjour ou non. Le test t de Student est significatif ($p=0,03$), la durée d'hospitalisation est donc

significativement plus longue si le patient a nécessité un passage en chambre d'isolement. Sur le total des jours d'hospitalisation, près de la moitié (45,3%) concernent les patients qui ont eu recours à la CI.

G. Interventions de l'Administration Pénitentiaire

	Hommes		Femmes		Total	
	Effectif n=122	%	Effectif n=11	%	Effectif n=133	%
Intervention de l'AP	12	9,8	0	0	12	9,0

Tableau 12 : Interventions de l'Administration pénitentiaire

Les interventions de l'Administration Pénitentiaire (niveau 3) ne concernent que 12 patients (9,0%), tous de sexe masculin. Un patient a nécessité trois interventions, deux autres en ont nécessité deux.

Comme nous l'avons vu précédemment, elles sont demandées par les équipes de soins en cas d'incident majeur mettant en danger les personnes ou les biens, ou en cas de tentative d'évasion, quand l'intervention des soignants de l'unité et celle des renforts des autres unités n'est pas suffisante.

Elles ont été demandées pour plusieurs motifs différents : agitation, menace de passage à l'acte hétéro-agressif, passage à l'acte hétéro-agressif, fouille de chambre dans les cas de disparition d'un objet potentiellement dangereux.

H. Sorties d'hospitalisation

	Hommes		Femmes		Total	
	Effectif n=162	%	Effectif n=20	%	Effectif n=182	%
Sortie en détention	130	80,2	17	85,0	147	80,8
Vers l'établissement d'origine	88	54,3	17	85,0	104	57,1
Vers l'HDJ	31	19,2	0	0	31	17,1
Vers un autre établissement	11	6,8	0	0	11	6,0
Levée d'écrou	29	18,0	2	10,0	31	17,0
Retour à domicile	12	7,5	1	5,0	13	7,2
Hospitalisation	17	10,5	1	5,0	18	9,9
<i>dont SL</i>	3	1,9	0	0	3	1,6
<i>dont SDRE</i>	11	6,8	1	5,0	12	6,6
<i>dont IP</i>	3	1,8	0	0	3	1,6
Poursuite de l'hospitalisation	1	0,6	1	5,0	2	1,1
Toujours à l'UHSA	2	1,2	0	0	2	1,1

Tableau 13 : Sorties d'hospitalisation

Les modalités de sorties sont présentées dans le tableau 13.

Une grande majorité des séjours sur la période se termine par un retour en détention comme nous l'avons vu précédemment. Parmi eux, plus de la moitié (57,1%) sont retournés dans l'établissement pénitentiaire d'origine. 31 hommes soit 17,1% ont été orientés vers l'HDJ du SMPR de rattachement.

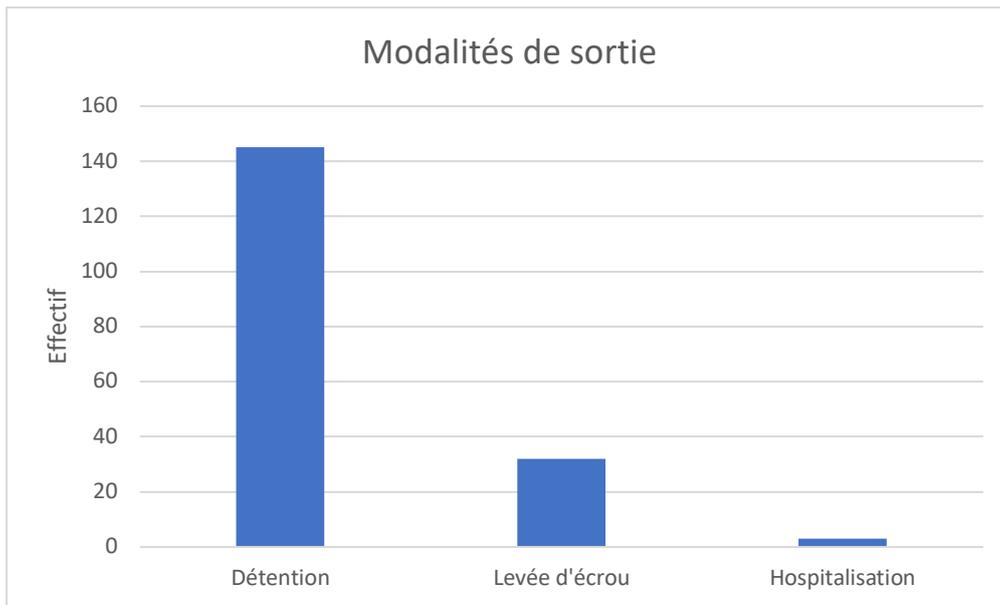


Figure 13 : Modalités de sortie

Parmi les 31 patients pour lesquels il y a eu une levée d'écrou, 12 hommes et une femme sont rentrés à domicile. La poursuite de l'hospitalisation a été nécessaire pour les 18 autres patients, sous plusieurs modes différents :

- 3 suite à une décision d'irresponsabilité pénale (IP),
- 12 en SDRE car ils refusaient les soins ou le consentement était trop fragile,
- 3 en soins libres.

2 patients ont été transférés vers un autre établissement de santé (dont une femme), une Unité de Malades Difficiles (UMD) car ils présentaient des troubles particulièrement graves et résistants aux traitements.

Au moment où nous clôturons le recueil des données, deux patients sont toujours hospitalisés à l'UHSA.

Il n'y a eu aucun décès.

I. Traitement de sortie

	Hommes		Femmes		Total	
	effectif n=122	%	effectif n=11	%	effectif n=133	%
Classe thérapeutique						
Neuroleptique	106	86,9	9	81,8	115	86,5
Neuroleptique d'action prolongée	22	1,08	1	9,1	23	17,3
Thymorégulateur	25	20,5	3	27,3	28	21,0
Antidépresseur	21	17,2	2	18,2	23	17,3
Anxiolytique	94	77,0	10	90,9	104	78,2
Hypnotique	60	49,2	2	18,2	62	46,6
Psychostimulant	1	0,8	0	0	1	0,7
TSO	6	4,9	1	9,1	7	5,3
TSN	40	32,8	2	18,2	42	31,6
Traitement de fond						
Aucun	10	8,2	0	0	10	7,5
Monothérapie	76	62,3	7	63,6	83	62,4
Bithérapie	34	27,9	3	27,3	37	27,8
Trithérapie	2	1,7	1	9,1	3	2,3
Lignes thérapeutiques						
0	2	1,7	0	0	2	1,5
1	14	11,5	0	0	14	10,5
2	15	12,3	1	9,1	16	12,0
3	22	18,0	5	45,5	27	20,3
4	34	27,9	4	36,4	38	28,6
5	26	21,3	0	0	26	19,5
6	6	4,9	1	9,1	7	5,3
7	2	1,7	0	0	2	1,5
8	1	0,8	0	0	1	0,7

Tableau 14 : Traitements de sortie

Les ordonnances de sortie sont décrites dans le tableau 14.

Les deux classes thérapeutiques les plus présentes sur les ordonnances de sortie sont les neuroleptiques (86,5% des patients) et les anxiolytiques, qui concernent presque 4 détenus sur 5 (78,2%).

Les traitements substitutifs des opiacés (TSO) ne concernent que 6 hommes et une femme.

Les traitements substitutifs nicotiques (TSN) concernent près d'un tiers des patients (31,6%). Ils sont proposés aux patients fumeurs quand ils ne disposent pas de tabac ou pour

compléter leur consommation quotidienne et les aider à supporter le manque dans les heures de fermeture en chambre, notamment la nuit, entre 22 heures et 7 heures.

Aucun patient n'avait de psychostimulant sur son ordonnance de sortie.

Une majorité des patients est sortie de l'UHSA avec une ordonnance contenant un neuroleptique (86,5%), le plus souvent en monothérapie (62,4%). Ces chiffres sont en accord avec les diagnostics posés lors des séjours. L'ordonnance comportait, pour la plupart des patients, entre 3 et 5 lignes thérapeutique (68,4%).

Plusieurs patients sont sortis sans traitement de fond (n=10) voire sans ordonnance (n=2), le plus souvent parce qu'ils présentaient des troubles de l'adaptation et des troubles anxieux ne nécessitant pas de traitement médicamenteux ou seulement la prescription d'un traitement anxiolytique. A l'inverse, seulement 3 patients avaient une trithérapie, parce que leur pathologie était particulièrement résistante.

IV. Discussion

A. Discussion autour de notre étude

1. Les points forts de l'étude

Notre étude a permis de faire un premier état des lieux suite à l'ouverture de l'UHSA de Marseille, première structure de ce type dans la région, et d'essayer d'en appréhender les conséquences sur les hospitalisations en psychiatrie des personnes détenues dans la région. Les points clés mis en évidence seront développés dans cette partie.

- a. Une population comparable à la population carcérale pour ce qui est des caractéristiques sociodémographiques et judiciaires

Les caractéristiques sociodémographiques et judiciaires des patients accueillis en 2018 à l'UHSA de Marseille sont semblables aux données de la population carcérale française (81) qui ont été décrites dans la première partie et à celles décrites dans les principales études de santé mentale en détention. On retrouve :

- Une faible proportion de femmes : 8,3% dans notre étude contre 3,7% dans la population générale. La part plus importante de femmes dans la population de l'UHSA peut s'expliquer par la diversité des soins moins importante proposée aux femmes en détention. En effet, les HDJ n'accueillent pas les femmes sauf à Fleury Mérogis. Quand le suivi ambulatoire ne suffit plus, une hospitalisation en temps plein est demandée,
- Seulement 1% de mineurs dans la population carcérale et seulement 1 patient mineur dans notre population d'étude,
- Des patients plutôt jeunes, avec un âge médian à 33 ans alors que celui de la population générale est de 31,7 ans,

- Une majorité des patients est célibataire, sans enfant et sans emploi. Ils sont donc pour la plupart dans une situation d'isolement social important et de précarité. Ces caractéristiques sont les mêmes que celles de la population carcérale , et de la population psychiatrique générale.
- Environ deux tiers de patients condamnés (75,1% dans la population générale) dont une majorité en procédure correctionnelle.

La répartition des détenus par établissement pénitentiaire est assez similaire à celle de notre étude. Elle est décrite dans le tableau 15. Plus de la moitié des patients était adressée par les prisons de Marseille et Aix en Provence. Probablement, tout d'abord, à cause de leur proximité géographique mais aussi, pour le centre pénitentiaire de Marseille, parce que l'équipe médicale du SMPR travaille en étroite collaboration avec celle de l'UHSA. En effet, ils dépendent du même pôle de l'APHM et les psychiatres du SMPR des Baumettes interviennent pendant la permanence des soins à l'UHSA.

On trouve proportionnellement moins de détenus provenant du centre pénitentiaire de Luynes alors que c'est l'établissement pénitentiaire le plus important de la région. La nouvelle partie de la prison de Luynes et la fermeture de la partie historique des Baumettes ont eu lieu pendant l'été 2018. Ces chiffres ont certainement évolué depuis.

Au contraire, la maison centrale d'Arles oriente un nombre important de détenus à l'UHSA. En effet, un nombre conséquent de détenus souffrant de pathologies psychiatriques graves dans les maisons centrales est retrouvé sans que cela ait été décrit dans la littérature. Leur état clinique s'aggrave souvent avec le temps car les conditions d'incarcération y sont particulièrement difficiles et donc délétères. Les personnes détenues à Arles font partie de celles accueillies prioritairement à l'UHSA du fait de leur profil pénitentiaire.

	Personnes hébergées	%	% à dans notre étude
Marseille-Baumettes	761	12%	24,8
Aix-Luynes	1332	21%	26,3
Toulon-La Farlède	528	8,40%	11,3
Salon	625	9,90%	7,5
Arles	134	2,10%	8,3
Tarascon	626	9,90%	1,5
Avignon-Le Pontet	531	8,40%	6
Draguignan	546	8,70%	5,3
Grasse	678	10,80%	5,3
Nice	465	7,40%	3
Gap	34	0,50%	0
Digne	41	0,60%	0,7
TOTAL	6301	100%	100%

Tableau 15 : Répartition par établissement pénitentiaire des personnes écrouées en PACA en 2018 (83)

b. Une part importante de patients souffrant de trouble psychotique

Dans notre étude, une grande majorité des patients souffre d'un trouble psychotique, schizophrénie incluse (57,9%). Le motif d'hospitalisation est une décompensation psychotique pour presque la moitié des patients. On retrouve à l'UHSA un échantillon des personnes détenues souffrant de troubles psychotiques en détention, ils représenteraient jusqu'à 21,4% des détenus (68).

En détention, les patients souffrant de troubles psychotiques peuvent être séparés en deux catégories : les troubles préexistants et les troubles apparus pendant l'incarcération. La prison est un véritable concentré de facteurs de stress car les conditions de détention actuelles sont extrêmement difficiles : surpopulation carcérale (81), promiscuité, inactivité, contrainte, isolement affectif, relations souvent très tendues voire conflictuelles avec l'Administration pénitentiaire... Ces conditions favorisent l'apparition de symptômes liés au stress et peuvent être des facteurs précipitant l'entrée dans la maladie psychiatrique. Ils peuvent également entraîner la décompensation d'un trouble chez un patient équilibré ou en aggraver les symptômes résiduels (84).

La population carcérale est une population avec un haut niveau de vulnérabilité, à cause de traumatismes précoces notamment, dont on a sous-estimé la prévalence (85). Un stress, même d'intensité modérée, pourra mener au développement de symptômes psychiatriques.

Par ailleurs, même si les traitements psychotropes sont très présents (environ 1 détenu sur 2 (86)), il reste des lacunes dans les prises en charge de ces pathologies en milieu pénitentiaire : difficultés pour pouvoir proposer à chacun des psychothérapies, des activités thérapeutiques, un étayage infirmier...

A l'UHSA, ou plus généralement lorsque les détenus se retrouvent hospitalisés en psychiatrie, la pathologie évolue parfois depuis une longue période car ils se trouvent en détention sans forcément avoir accès aux soins, ou sans recevoir des soins adéquats. La prise en charge est alors plus compliquée. Les troubles psychotiques avec prédominance de symptômes déficitaires notamment restent parfois inaperçus pendant de longues périodes.

c. Des chiffres comparables à la littérature concernant les autres UHSA

Une grande majorité des patients hospitalisés à l'UHSA de Marseille a des antécédents de suivi et d'hospitalisation en psychiatrie, de prise de traitement psychotrope et de consommation de toxiques.

Deux études similaires ont été réalisées dans les UHSA de Nancy et Toulouse en 2012 (87,88). Le tableau 16 présente leurs résultats, mis en perspective avec les nôtres.

	UHSA de Toulouse 2012 n=51	UHSA de Nancy 2012 n=186	UHSA de Marseille 2018 n=133
Troubles anxieux	10%	18,3%	5,3%
Troubles thymiques	11%	13,5%	21,7%
Addictions	3%	1,1%	2,3%
Trouble psychotique	48%	39,8%	57,1%
Schizophrénie	29,8%	NC	32,3%
Troubles de la personnalité	28%	27,4%	12,8%
Antécédent de suivi	63%	73,1%	75,2%

Tableau 16 : Comparaison des diagnostics principaux pour les patients hospitalisés en UHSA

La part importante de patients avec des antécédents psychiatriques est confirmée dans ces deux études. La répartition des diagnostics principaux est cohérente, avec une majorité de patients souffrant de troubles psychotiques et un faible échantillon de patients souffrant uniquement d'addictions. Le nombre de troubles anxieux et de troubles de la personnalité est plus bas à Marseille. De même, la part de troubles thymiques est plus élevée. Il serait intéressant d'explorer ces pistes.

d. Une prévalence élevée de crises suicidaires

1 patient sur 5 était adressé à l'UHSA pour crise suicidaire. Le suicide est la première cause de mortalité en détention. En 2017, 103 suicides sont survenus en détention contre 59 décès de cause naturelle. Les détenus se suicident 6 fois plus que la population générale (89).

En détention, la crise suicidaire ne concerne pas seulement les patients atteints de troubles psychiatriques, mais la population carcérale en général, qui présente de nombreux facteurs de vulnérabilité (antécédents de traumatisme sévère et d'abus, conditions d'incarcération, insuffisance d'accès aux soins...). Certains sous types de population ont des facteurs supplémentaires : personnes âgées, patients mineurs, femmes...

Les recommandations du rapport Terra en 2004 (92) puis le plan d'action ministériel sur la prévention du suicide en milieu carcéral de 2009 (93) sont venus renforcer la surveillance mise en place dès 1967. Il a notamment prévu de renforcer la formation des personnels

pénitentiaires à l'évaluation du risque suicidaire et de mettre en place des commissions pluridisciplinaires dédiées à la prévention du suicide. Le meilleur repérage des patients en crise suicidaire permet de poser plus facilement une indication d'hospitalisation lorsqu'elle est nécessaire.

e. Une part importante d'hospitalisations en soins libres

Une des avancées majeures permise par la création des UHSA est la possibilité de proposer des hospitalisations en soins libres aux personnes détenues. En 2018, plus de la moitié des patients a été accueillie selon ces modalités à l'UHSA de Marseille, et avant la sortie d'hospitalisation, 75% des patients étaient en soins libres.

Malgré cette avancée, des inégalités dans l'offre de soins entre le milieu libre et le milieu pénitentiaire persistent. En effet, les soins psychiatriques sans consentement ne sont possibles que selon l'article L3213-1 du Code de Santé Publique pour les personnes détenues (94). Ce sont les soins à la demande d'un représentant de l'État (SDRE). Une des conditions nécessaire à leur mise en place est la présence d'un danger pour le patient lui-même ou pour autrui. Cependant, il n'existe pas toujours de caractère de dangerosité associé aux troubles psychiatriques. Que faire dans ce cas-là ?

En milieu libre, les soins à la demande d'un tiers (SDT), selon l'article 3212-1 à 3 du Code de Santé Publique, permettent des soins lorsque les troubles mentaux rendent impossible le consentement et que le patient nécessite des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier (95). La notion de danger pour lui-même ou pour autrui est absente.

La loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale prévoyait d'assurer, en détention, une qualité et une continuité des soins équivalente à celle offerte à la population générale. Malgré l'ouverture des UHSA et la possibilité de soins libres, des lacunes restent présentes lorsque des soins immédiats sont nécessaires mais que le

consentement du patient est impossible. En pratique, des soins en SDRE sont souvent initiés même s'ils ne sont pas toujours justifiés (96). Une mise au clair de la loi pour ces cas de figures serait nécessaire.

f. Un recours important à l'isolement

Un tiers des patients de l'UHSA a été pris en charge en chambre d'isolement (CI) au moins une fois durant son séjour à l'UHSA contre 8,3% de la population générale hospitalisée en psychiatrie (97).

L'UHSA est une unité d'hospitalisation, qui accueille des patients, le plus souvent en crise et en soins sans consentement, les chiffres ne sont donc pas réellement comparables. Il aurait été intéressant d'avoir les chiffres pour les patients hospitalisés dans un secteur pouvant accueillir des patients en soins sans consentement.

La durée moyenne de prise en charge en CI est de 15 jours, délai beaucoup plus long que les recommandations faites par la HAS. Elle peut être expliquée par plusieurs facteurs :

- A l'UHSA, un nombre important de patients qui se trouve en détention sans soin depuis plusieurs mois est accueilli. Les tableaux cliniques sont souvent sévères et aucun traitement médicamenteux n'a été pris avant l'admission. Un délai plus important pour atteindre une certaine stabilité clinique est nécessaire, augmentant ainsi la durée d'isolement.
- L'année 2018 est la première année d'ouverture de l'UHSA de Marseille. Une certaine prudence et des principes de précaution ont été pris, notamment avec les patients qui venaient de maison centrale, du fait de leur profil pénitentiaire et de l'isolement qu'ils ont subi depuis plusieurs mois, voire plusieurs années.
- Enfin, l'UHSA de Marseille, comme plusieurs autres UHSA, est constituée d'unités polyvalentes et favorise la libre circulation des patients sur des temps en journée et en soirée, à l'inverse de certaines UHSA qui ont des unités spécifiées avec des temps en chambre beaucoup plus importants, qui ne sont pas tracés comme de l'isolement mais sont intégrés dans le projet de soin.

g. D'importants délais d'admissions

La circulaire du 18 mars 2011 annonçait la possibilité d'accueillir les patients 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 dans les UHSA. En réalité, les équipes pénitentiaires n'ont pas été suffisamment dotées pour permettre les admissions en urgence.

Plusieurs contraintes viennent ralentir les procédures incontournables pour l'admission d'un patient, en particulier pour les admissions en SDRE :

- Les contraintes préfectorales : Le préfet doit rédiger l'arrêté et l'envoyer. Les délais sont très variables.
- Les contraintes pénitentiaires : L'administration Pénitentiaire doit obtenir de la part de sa hiérarchie, la direction interrégionale des Services Pénitentiaire, un ordre de transfèrement. En cas de SDRE, ce dernier ne peut être pris qu'une fois que l'arrêté préfectoral est effectif.
- Les contraintes sanitaires : Une équipe soignante d'accompagnement doit être disponible pour aller chercher le patient.

Cependant, il n'y a qu'une seule équipe par jour, en horaire de journée et du lundi au vendredi, pour effectuer les admissions mais aussi pour accompagner les patients sur les plateaux techniques de soins somatiques et lors de leurs comparutions devant le JLD. La programmation des accompagnements et les distances plus ou moins longues entre l'UHSA et les différents lieux de détentions limitent les possibilités. A titre d'exemple, plus d'une demi-journée est nécessaire pour récupérer un patient à Nice.

Par ailleurs, les délais entre la demande d'admission et l'accord médical peuvent paraître longs. En effet, l'accord d'admission est donné à l'issue d'une réunion quotidienne entre les médecins, les cadres de santé et les secrétaires. Une concertation téléphonique entre le psychiatre qui adresse le patient et un des psychiatres de l'UHSA a lieu au préalable pour penser les conditions d'accueil du patient au regard de sa symptomatologie.

h. Les populations particulières : les femmes et les mineurs

- Les femmes détenues

Seulement 12 femmes ont été incluses dans notre étude. Il faut donc rester prudent à la lecture des résultats. Nous n'avons pas réalisé d'analyses statistiques comparatives entre les deux sexes du fait des faibles effectifs.

Nous rappelons que les femmes en détention n'ont accès qu'au premier et troisième niveau de soins car les HDJ n'accueillent pas de femmes. Ceci peut probablement expliquer la plus grande proportion de femmes dans la population de l'UHSA (8,3%) que dans la population carcérale (3,7%).

Dans la région pénitentiaire rattachée à l'UHSA de Marseille, seules les prisons de Marseille et Nice accueillent des femmes. La maison d'arrêt des femmes de Marseille dispose de 80 places, dont 3 places en semi-liberté, 1 quartier pour mineures et 4 cellules doubles pour les jeunes mamans. Celle de Nice, quant à elle, dispose de 39 places.

Il semblerait qu'elles soient en moyenne plus âgées que les hommes (41,7 contre 32,9 ans), qu'elles aient eu plus de séjour sur la période que les hommes (ré hospitalisations) et qu'elles consomment moins de toxiques.

La lecture de leurs ordonnances de sorties laisse penser qu'elles consomment plus d'anxiolytiques et moins d'hypnotiques. Aucune d'entre elles n'est sortie sans traitement. Nos résultats sont conformes aux données de la littérature sur ces points (77,98).

Aucune autre différence flagrante n'apparaît dans nos statistiques.

- Les mineurs

Un seul mineur a été adressé à l'UHSA durant la première année d'ouverture. Il était adressé sans contrainte, avec l'accord du représentant légal, pour idées suicidaires dans un contexte de syndrome dépressif et n'est resté qu'une semaine à l'UHSA. Il s'agissait d'un mineur non accompagné avec un parcours de vie assez chaotique, arrivé d'Algérie quelques mois avant son incarcération. Après évaluation, il s'est avéré que son état clinique était compatible avec un retour en détention. Il est sorti avec un traitement anxiolytique.

L'accueil des mineurs dans les UHSA demande une surveillance particulière. En effet, la circulaire interministérielle de 2011 précise plusieurs mesures spécifiques aux mineurs : la nécessité d'une vigilance renforcée, le maintien d'un suivi éducatif et l'accès à un enseignement ou à une formation adaptée.

Une étude nationale parue en 2018 décrit les difficultés de prise en charge des mineurs : celle de respecter le principe pénitentiaire de séparation des détenus majeurs et mineurs malgré la vigilance renforcée des équipes, des équipes mal formées à l'accueil de patients mineurs, des interventions d'éducateurs non systématiques, un accès à l'enseignement proposé seulement dans une des UHSA. Enfin, le contact avec les familles est souvent compromis et l'éloignement des UHSA des lieux d'incarcération peut compromettre le travail partenarial avec les autres intervenants (79).

i. Profil type

A partir des données recueillies, nous nous proposons de dresser un profil type du patient accueilli à l'UHSA de Marseille. Il pourrait aider à distinguer des axes de travail possibles pour améliorer la prise en charge de cette population.

Il s'agit :

- D'un homme jeune, âgé d'une trentaine d'années,
- En situation précaire : célibataire, sans enfant et sans emploi,
- Présentant des antécédents psychiatriques : de suivi et d'hospitalisation,
- Bénéficiant d'un traitement psychotrope
- Et consommant des toxiques (principalement du cannabis).

2. Les limites de l'étude

Notre travail a rencontré certaines limites. Premièrement, il s'agit d'une étude rétrospective, réalisée à partir des données des dossiers « *Cimaise* » des patients. Les diagnostics psychiatriques n'étaient pas toujours clairement identifiés. Dans ces cas de figure, la catégorie diagnostique (comme définie dans notre étude) était déterminée à partir des éléments cliniques décrits dans les comptes rendus d'hospitalisation.

Le deuxième point important est le faible nombre de patientes de sexe féminin. Bien que reflétant la population carcérale générale, cet effectif réduit n'a pas permis de définir des statistiques représentatives fiables.

A ce jour, peu d'études comparables sont disponibles. Des thèses d'exercice présentant des études similaires à la nôtre ont été réalisées dans les UHSA de Nancy (88) et de Toulouse (87). Comme nous l'avons vu plus haut, leurs résultats sont globalement similaires aux nôtres. La seule étude à l'échelle nationale parue sur les UHSA concerne uniquement la population des mineurs (99), il n'existe pas encore de données statistiques nationales pour les patients hospitalisés en UHSA. Enfin, la dernière étude de grande ampleur sur la santé mentale des personnes détenues date de 2004 (68), il est probable que les chiffres aient évolués depuis.

Pour conclure, ces chiffres reflètent l'activité de la première année d'ouverture de l'UHSA. Plusieurs adaptations au niveau du fonctionnement ont pu être réalisées au vu des différentes expériences. Après plusieurs mois de fonctionnement, il y a probablement eu des évolutions, notamment au niveau des délais d'admission et des pratiques en matière d'isolement.

B. Les UHSA, une réelle avancée dans le parcours de soins psychiatriques des personnes détenues ?

1. Les avancées permises par les UHSA

Deux ans après l'ouverture de l'UHSA de Marseille et 10 ans après l'ouverture de la première UHSA, certaines avancées dans la prise en charge psychiatrique des personnes détenues ont pu être mises en évidence.

a. La diminution des hospitalisations en SDRE D398

Premièrement, la diminution du nombre d'hospitalisation en D398 qui a permis de soulager les services de psychiatrie générale, mais aussi les unités de malades difficiles. Demandée par les psychiatres hospitaliers exerçant en secteur de psychiatrie générale à la fin des années 1990 et plus récemment recommandée par le contrôleur général des lieux de privation de liberté, elle a aussi permis de réduire les tensions générées par l'accueil des personnes détenues dans ces services.

La figure 14, tirée d'un bilan fait par l'Agence Régionale de Santé PACA en 2019 (100), montre l'évolution des hospitalisations en psychiatrie des personnes détenues entre 2017 et 2018. On peut voir que l'UHSA a absorbé un nombre important de patients. Il faut garder en tête que la première unité a ouvert le 6 février 2018 et la 2^{ème} le 5 avril 2018 pour atteindre une capacité d'accueil de 40 patients. Ces chiffres ont donc augmenté depuis.

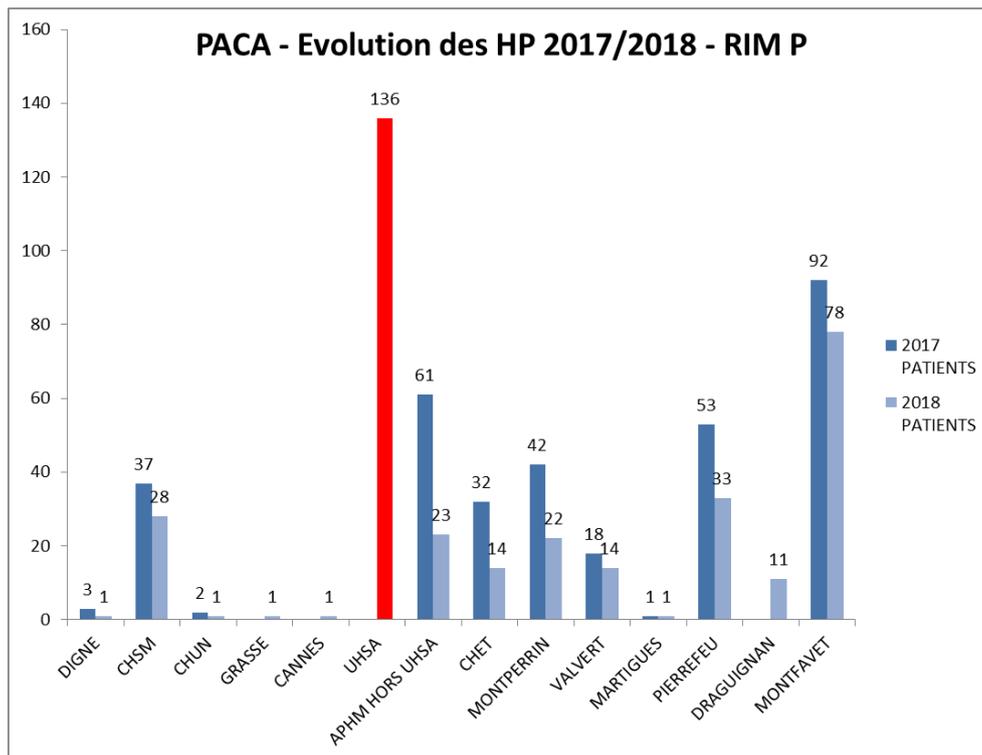


Figure 14 : Évolution des hospitalisations en psychiatrie des personnes détenues en région PACA entre 2017 et 2018

b. L'amélioration de la qualité des soins

On peut également observer l'amélioration de la qualité des soins en hospitalisation complète pour les personnes détenues avec la prise en compte du double statut, à la fois de patient, mais aussi de détenu.

Premièrement, une amélioration des conditions d'accueil. La sécurisation du bâtiment par l'Administration Pénitentiaire et les mesures de sécurité associées, permettent de pallier aux séjours hospitaliers raccourcis et aux mises en chambre d'isolement sans argument clinique. La responsabilité de la garde de la personne détenue n'appartient plus au personnel hospitalier qui peut donc se concentrer entièrement sur son rôle de soignant.

Deuxièmement, la configuration des UHSA permet de garantir un meilleur respect des droits des personnes détenues (56), dont font partie le droit au maintien des relations avec les membres de leur famille par le biais de visites (101) et de communications téléphoniques

(102), mais aussi des droits des patients (63) avec comme exemples le respect de la dignité (103) (lutte contre des mesures abusives comme l'isolement) et l'absence de discriminations dans l'accès aux soins (104).

Dans les services de psychiatrie générale, les personnes détenues qui ont habituellement des autorisations de parloir doivent demander une autorisation de visite à l'hôpital au Préfet. Le manque de connaissances en matière pénale et les réticences des psychiatres par rapport à ces règles font qu'en pratique, les visites des familles sont rares à l'hôpital. C'est une des inégalités qui a été dénoncée par le Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté dans son rapport en 2018 (105).

Pour les appels téléphoniques, une fiche de liaison remplie par l'Administration Pénitentiaire devrait être transmise au Directeur de l'hôpital d'accueil à chaque hospitalisation d'une personne détenue. Cette fiche mentionne les numéros autorisés, ou l'absence d'autorisation (65). En pratique, elle est souvent oubliée. L'hôpital a la possibilité de contacter le greffe de l'établissement pénitentiaire pour l'obtenir, mais cela est rarement fait.

Troisièmement, il est possible de travailler régulièrement avec les familles. A l'UHSA, les familles et proches des patients peuvent être intégrés dans les prises en charge, avec la possibilité d'organiser des entretiens familiaux réguliers au parloir et de conserver le lien par téléphone, malgré la distance.

Quatrièmement, il est possible d'anticiper et de travailler la sortie du patient de détention en l'inscrivant dans un projet de soins à la libération, à court, moyen et long terme. La présence régulière de conseillers des services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP) sur l'UHSA et les connaissances du milieu pénitentiaire des équipes soignantes et des assistantes sociales favorisent une articulation entre le projet social et le plan d'exécution de la peine. L'UHSA est un lieu qui peut permettre d'articuler les projets d'aménagement de peine et, pour les patients gravement malades, les demandes d'aménagement de peine pour raison psychiatrique (106).

Cinquièmement, l'absence de stigmatisation de ces patients à cause de leur statut de détenu dans l'enceinte de l'UHSA leur permet aussi de prendre entièrement leur place de malade et de se centrer sur leurs soins (107).

Sixièmement, la possibilité d'hospitalisation en soins libres et la proximité des plateaux somatiques avec des rapports privilégiés et un accès plus facile est un pas de plus vers l'égalisation de l'accès aux soins entre la population générale et la population carcérale. En effet, la possibilité pour les psychiatres des unités sanitaires d'adresser des patients à l'UHSA en soins libres permet un élargissement des indications d'hospitalisation puisque la condition de « *danger pour le patient lui-même ou pour autrui* », nécessaire pour initier une hospitalisation en SDRE D398 est absente. Ainsi, des séjours de rupture et des hospitalisations séquentielles peuvent être proposés, pour maintenir une certaine stabilité sur le plan clinique et éviter des décompensations aiguës.

Septièmement, la création des UHSA a permis d'inverser le partenariat avec l'Administration Pénitentiaire, l'UHSA étant avant tout une unité d'hospitalisation. Dans les SMPR, les soignants sont dans la prison. Ici, c'est l'inverse.

2. Les limites du dispositif

a. Les constats à l'échelle nationale

Le recul de plusieurs années dont nous disposons sur les UHSA au niveau national a aussi permis de mettre en évidence certaines limites de ce nouveau dispositif.

Tout d'abord, la dispersion et le faible nombre des UHSA ne leur permettent pas de s'inscrire dans une politique de secteur avec des soins de proximité, ce qui peut créer des difficultés à

obtenir des parloirs et donc à maintenir les liens familiaux. Les UHSA peuvent se situer à plusieurs centaines de kilomètres de l'établissement pénitentiaire de rattachement, et du domicile familial.

Par ailleurs, les difficultés de transport pénitentiaire augmentent les délais de prise en charge, qui ne se font en urgence que de manière exceptionnelle. Ainsi, les psychiatres de détention initient des hospitalisations en D398 dans les secteurs de psychiatrie classique en attente d'une place à l'UHSA (et d'un transport possible) quand l'admission ne peut être différée de quelques jours.

Quand les délais sont très longs, certains séjours qui étaient programmés en soins libres se transforment eux aussi en hospitalisation en urgence sous contrainte (D398).

Ayant dans ses objectifs celui de désengorger les services de psychiatrie générale, les UHSA ne peuvent pas à ce jour remplir entièrement cette mission. L'évaluation de la première tranche des UHSA, publiée en décembre 2018, soulignait ce point dans ses conclusions (108).

Ensuite, la continuité des soins au sein de la détention reste compliquée, le retour en détention ou au SMPR n'offrant pas un environnement adapté comme un CMP, ni des soins aussi étayants (109).

L'accès aux hôpitaux de jour des SMPR est très inégal car il ne concerne qu'un établissement pénitentiaire par région et n'est pas accessible aux femmes (sauf à Fleury Mérogis) (105). Les établissements pénitentiaires de la région peuvent faire des demandes à leur SMPR de rattachement, mais les délais d'admission sont plus longs.

Il en est de même pour les relais de soin avec le milieu libre, qui se font difficilement. Le patient peut, avant sa libération, demander une permission pour aller rencontrer l'équipe psychiatrique qui le prendra en charge à sa sortie. Ceci n'est pas toujours réalisable à cause des refus de permission, des délais, des disponibilités de chacun et parfois de la distance. Les ruptures de soins à la libération ne sont pas rares (110).

Enfin, il existe une grande hétérogénéité entre les 9 UHSA ouvertes à ce jour : différences dans leurs conceptions, dans leurs pratiques médicales, dans les projets de soin, dans leurs fonctionnements en général. Les articulations entre les services pénitentiaires et sanitaires sont de qualité variable, et des imprécisions sur le périmètre des soins nuisent à la bonne répartition des charges de fonctionnement (108).

b. Les craintes relatives à l'existence des UHSA

Au sein de la communauté médicale, des inquiétudes restent présentes, notamment celle d'une instrumentalisation des UHSA, vues comme des « *hôpitaux-prison* » dont la présence justifierait la diminution des irresponsabilités pénales et donnerait bonne conscience à la sphère judiciaire, entraînant une augmentation des incarcérations des malades mentaux : « *Avec les UHSA, on peut toujours penser (...) sera tout aussi bien soigné en prison qu'à l'hôpital psychiatrique* » (111).

La question du sens de la peine pour les patients souffrant de troubles psychiatriques graves se pose alors, dans la mesure où, la création des UHSA favorisant les séjours au long cours, ces patients pourront être amenés à passer l'essentiel de leur temps de détention à l'hôpital.

Une autre crainte est celle de la « *carcéralisation du soin psychiatrique* », si les politiques sécuritaires instrumentalisaient la psychiatrie à des fins de défense sociale en détournant cet outil de soin (112).

C. Perspectives

1. Développer la littérature sur les UHSA

Au vu de nos résultats, plusieurs pistes nous semblent intéressantes à explorer. Tout d'abord, notre étude ayant été réalisée sur les premiers mois d'ouverture de l'UHSA de Marseille, il serait intéressant d'analyser de nouveau les données à distance. Des modifications de fonctionnement ont été faites, notamment sur les pratiques d'isolement. Les chiffres que nous avons obtenus ont certainement évolué.

A ce jour, peu d'études ont été publiées sur les UHSA. La réalisation d'une étude à l'échelle nationale permettrait de vérifier nos résultats et d'appuyer les constats du rapport d'évaluation de la première tranche des UHSA (108). Ce rapport déplore l'absence de données nationales relatives aux caractéristiques sociodémographiques et judiciaires relatives aux patients accueillis.

Une harmonisation des pratiques et un projet à l'échelle nationale établis après une réelle réflexion avant le lancement de la seconde tranche des UHSA paraissent indispensables pour la mise en place d'un dispositif efficient et cohérent.

Par ailleurs, les femmes sont peu nombreuses en détention. Comme nous l'avons décrit précédemment, l'offre de soins psychiatriques est plus restreinte pour elles. Une étude pourrait permettre de décrire les spécificités des troubles mentaux chez les femmes détenues et de trouver des pistes d'amélioration de leur prise en charge. Ces dernières années, la mixité tend à se développer dans les unités sanitaires. A titre d'exemple, les activités thérapeutiques sont mixtes depuis l'été 2019 dans la prison des Baumettes. Malgré ces avancées, l'inégalité dans les prises en charge psychiatriques reste importante entre les deux sexes.

2. Proposer des pistes d'amélioration

Plusieurs pistes d'amélioration se dégagent également.

Une meilleure articulation avec les structures spécialisées (UMD, SMPR, Unités de soins intensifs psychiatriques (USIP)), les secteurs de psychiatrie générale et les services de soins somatiques à proximité des UHSA avec des schémas territoriaux apparaît nécessaire. En particulier, le parcours de soins psychiatriques pour les personnes détenues pourrait être amélioré par une meilleure articulation entre les trois niveaux de soins en détention : l'ambulatoire (niveau 1), l'hôpital de jour (niveau 2) et l'UHSA (niveau 3). Elle permettrait certainement une amélioration de la qualité et de la continuité des soins, mais aussi une meilleure gestion des situations d'urgence.

L'ouverture de la deuxième tranche des UHSA devrait permettre de réduire les distances entre les UHSA et leurs établissements pénitentiaires de rattachement. L'inscription dans une politique de secteur avec des soins de proximité serait ainsi favorisée.

Pour finir, il nous semble essentiel de trouver rapidement un moyen de réduire les délais d'admission. Une meilleure dotation en personnel pénitentiaire via une révision des budgets alloués par le Ministère de la Justice serait nécessaire, afin de permettre aux UHSA de remplir leur rôle comme il était prévu initialement, celui d'accueil des patients détenus de manière programmée, mais aussi non programmée. Des équipes d'accompagnement disponibles 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 seraient nécessaires. Si ce n'est pas réalisable, il paraît important de réfléchir à un autre dispositif efficient en cas d'urgence. Un travail d'articulation avec les secteurs de psychiatrie générale et avec les unités sanitaires pourrait être utile.

A Rouen, une unité dénommée « *Robert Badinter* » a été créée, située au sein du CH de Saint Etienne du Rouvray. Elle accueille les personnes hospitalisées en D398 de la région. Son but est de pouvoir répondre à l'état de crise psychiatrique et de permettre l'instauration rapide d'un traitement en attendant d'une place à l'UHSA. La durée moyenne de séjour est de 12 jours, au-delà le patient est transféré à l'UHSA (113).

Cette piste nous semble toutefois moins pertinente que celle de permettre aux UHSA de recevoir les patients dans l'urgence puisqu'elle implique de nouveaux interlocuteurs et de nouveaux projets à mettre en place.

3. Développer des solutions alternatives ?

En parallèle du développement des UHSA, une autre idée nous paraît pertinente : développer des alternatives à l'incarcération pour les personnes souffrant de troubles mentaux graves.

a. En présentiel

Les irresponsabilités pénales ne sont pas rares ces dernières années. Cependant, le chemin est souvent long afin d'obtenir la déclaration d'irresponsabilité pénale. Des personnes atteintes de troubles mentaux graves font parfois plusieurs années d'incarcération en mandat de dépôt avant de pouvoir être irresponsabilisées. Un renforcement des capacités d'évaluation le plus en amont possible du procès serait utile, afin de proposer des soins de manière précoce et intensive, pour éviter les récidives.

Le projet de loi de programmation 2018-2022 et de réforme pour la Justice en cours d'examen devant le Parlement renforce, par le recueil des éléments de personnalité en

amont du procès pénal, la possibilité d'orienter au mieux des déclarations d'irresponsabilité pénale.

Par ailleurs, à Marseille, l'association « *Médecins du Monde* », a mis en place un projet visant à proposer au parquet et au tribunal correctionnel statuant en comparution immédiate des alternatives solides à l'incarcération (114). Dénommé « *Alternative à l'incarcération par le logement et le suivi intensif dans la cité* », ce projet paraît prometteur. Il s'agit de proposer à des personnes souffrant de troubles mentaux graves et en situation de précarité matérielle, qui encourent des peines devant le tribunal correctionnel, un accès au logement, à des soins intensifs et à l'insertion par l'activité économique. L'efficacité de ce programme sera évaluée par l'absence de réitération de délits graves ou de crimes.

b. En postsentenciel

En postsentenciel, des alternatives sont aussi envisageables et amenées à être développées dans les prochaines années. Il s'agit des aménagements de peines pour les personnes détenues atteintes de troubles mentaux qui peuvent être demandés dans le cadre d'une obligation de soin et des suspensions de peine pour motif médical.

Les aménagements de peine ont pour but d'éviter une peine de prison ferme. Plusieurs modalités sont possibles : semi-liberté, placement sous surveillance électronique, placement extérieur, fractionnement de peine...

Les demandes de suspension de peine pour motif médical demeurent sous-utilisées de manière générale. Ils ne sont actuellement pas utilisés pour les patients souffrant de pathologies psychiatriques (115). Cependant, cette modalité paraît pertinente afin limiter le nombre de malades psychiatriques graves, qui n'auraient pas été irresponsabilisés, dans les prisons.

Pour conclure cette partie, nous pouvons constater que malgré les avancées dans la prise en charge psychiatrique des personnes détenues permises par la création des UHSA ces dernières années, des inégalités et des lacunes persistent. Il paraît nécessaire d'optimiser le dispositif existant avant la construction de la deuxième tranche des UHSA. En particulier, le développement d'alternatives à l'incarcération semble très pertinent.

V. Conclusion

A travers ce travail, nous avons tenté d'évaluer l'apport des UHSA dans l'offre de soins psychiatriques pour les personnes détenues, mais aussi d'en connaître les limites. Notre étude a confirmé l'importance et la gravité des pathologies mentales au sein des établissements pénitentiaires, nécessitant parfois des hospitalisations au long cours.

Les UHSA sont venues compléter l'offre de soins et permettent la diminution des hospitalisations en SDRE D398, ainsi qu'une amélioration de la qualité des soins et des conditions d'hospitalisation en psychiatrie pour les personnes détenues. Elles permettent aussi de faire un pas de plus vers l'égalisation de l'offre de soins entre la population carcérale et la population générale en proposant des hospitalisations en soins libres, modalité largement exploitée à l'UHSA de Marseille.

Cependant, ce dispositif reste imparfait et des améliorations sont encore nécessaires et le partenariat avec l'Administration Pénitentiaire reste encore à travailler. Le fonctionnement actuel des UHSA ne permet pas d'accueillir les patients dans le cadre de l'urgence immédiate et les délais d'admissions restent assez longs. Des difficultés à s'inscrire dans une politique de secteur et des difficultés d'articulation avec les secteurs de psychiatrie générale persistent.

Ces réflexions nous incitent à nous poser la question du sens de la peine pour les patients atteints de pathologies mentales sévères, qui passent souvent une grande partie de leur peine à l'hôpital psychiatrique. Le développement des mesures d'alternatives à l'incarcération, en présentiel mais aussi en postsentenciel, nous semble indispensable à développer dans les prochaines années.

La poursuite du développement des UHSA laisse planer la crainte d'une carcéralisation des troubles psychiatriques avec le risque d'une diminution des irresponsabilités pénales, même si elle n'a pas été constatée à ce jour.

Les UHSA, sujet de polémique au niveau national et local, sont des lieux de soin encore récents, qui réinterrogent l'articulation nécessaire et indispensable entre le secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire et les secteurs de psychiatrie générale.

Bibliographie

1. Platon. Lois, livre IX, 862. 4ème siècle avant J-C.
2. Postel J, Quételet C. Nouvelle histoire de la psychiatrie. 2012
3. Sénon J-L. Psychocriminologie : Clinique, prise en charge, expertise [Internet]. 2008
4. Foucault M. Histoire de la folie à l'âge classique. 1961 [
5. Andersen P. Les portraits de Sébastien Brant de la Nef des fous à aujourd'hui. Etudes Germaniques. 28 oct 2019;n° 295(3):347-64.
6. Beccaria C. Des délits et des peines. 1764
7. Carlier C. Histoire des prisons et de l'administration pénitentiaire française de l'Ancien Régime à nos jours. Criminocorpus Revue Histoire Justice Crimes Peines. 2009
8. Wong C. Loi du 30 juin 1838. Guid Sante Soc. 2009;299-310.
9. Code pénal (ancien) - Article 64. Code pénal (ancien).
10. Contrast C. La création des UHSA : une nouvelle régulation de l'enfermement ? Deviance Soc. 2015;Vol. 39(4):429-53.
11. Parchappe M. Des Principes À Suivre Dans La Fondation Et La Construction Des Asiles D'aliénés (Lettre Manuscrite De M. Parchappe).
12. Pratt J. Governing the Dangerous. Sydney Australia: Federation Press; 1998. 224 p.
13. Levasseur G. Les délinquants anormaux mentaux. 1959.
14. Hedhili-Azéma H. La réforme d'administration pénitentiaire Amor de mai 1945. Criminocorpus Revue Histoire Justice Crimes Peines. 9 sept 2019.
15. Code de procédure pénale - Article D395. Code de procédure pénale.
16. Code de procédure pénale - Article D397. Code de procédure pénale.
17. Code de procédure pénale - Article D396. Code de procédure pénale.
18. Code de procédure pénale - Article D398. Code de procédure pénale.
19. Fassin D. L'ombre du monde. Une anthropologie de la condition carcérale. 2015.
20. Hartvig P, Kjelsberg E. Penrose's law revisited: the relationship between mental institution beds, prison population and crime rate. Nord J Psychiatry. 2009;63(1):51-6.
21. Code pénal - Article 122-1. Code pénal.

22. Décret n°86-602 du 14 mars 1986 RELATIF A LA LUTTE CONTRE LES MALADIES MENTALES ET A L'ORGANISATION DE LA SECTORISATION PSYCHIATRIQUE. 86-602 mars 14, 1986.
23. Loi n°85-1468 du 31 décembre 1985 RELATIVE A LA SECTORISATION PSYCHIATRIQUE. 85-1468 déc 31, 1985.
24. Arrêté du 14 décembre 1986 relatif au règlement intérieur type fixant organisation des services médico-psychologiques régionaux relevant des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire - Article 3.
25. DGS D générale de la santé. Circulaire n°1164 du 5 décembre 1988 relative à l'organisation de la psychiatrie en milieu pénitentiaire. 1988.
26. Michel Laurent. Guide de la pratique psychiatrique en milieu pénitentiaire. Paris: Heures de France; 2005. 476 p. (Guides professionnels de santé mentale).
27. Justice / Portail / Les règles pénitentiaires européennes. [
28. Chodorge G, Nicolas G. Santé en milieu carcéral : rapport sur l'amélioration de la prise en charge sanitaire des détenus. Banque de données en santé publique. 1993
29. Loi no 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale. 94-43 janv 18, 1994.
30. Arrêté du 10 mai 1995 fixant la liste des établissements pénitentiaires sièges de services médico-psychologiques régionaux et des établissements pénitentiaires relevant du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire de chaque service médico-psychologique régional.
31. Code de procédure pénale - Article D394. Code de procédure pénale.
32. Code de la santé publique - Article L342. Code de la santé publique.
33. Pradier P. La gestion de la santé dans les établissements du programme 13 000 : Évaluation et perspectives : documents, visites, entretiens, réflexions. Ministère de la Justice; 1999 sept.
34. Hyst J-J, Cabanel G-P. Les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France. Sénat; 2000.
35. Floch J. Rapport d'information de M. Jacques Floch déposé par la délégation de l'Assemblée nationale pour l'Union européenne sur la présence et l'influence de la France dans les institutions européennes. Assemblée Nationale; 2000 déc
36. Piel E, Roelandt J-L. Rapport Piel et Roelandt. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité - Ministère délégué à la santé; 2001 juill.
37. Lalande F, Lepine C. Analyse d'accidents en psychiatrie et propositions pour les éviter. Inspection Générale des Affaires Sociales; 2001 juin.

38. Gonin D. La Santé incarcérée ; médecine et conditions de vie en détention. *Sci Soc Santé*. 1992;10(1):135-8.
39. Loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice. 2002-1138 sept 9, 2002.
40. Code de la santé publique - Article L3214-1. Code de la santé publique.
41. Code de la santé publique - Article L3214-3. Code de la santé publique.
42. Code de la santé publique - Article L3214-4. Code de la santé publique.
43. Code de la santé publique - Article L3214-5. Code de la santé publique.
44. Code de la santé publique - Article L3214-2. Code de la santé publique.
45. Code de la santé publique - Article L3211-3. Code de la santé publique.
46. Code de la santé publique - Article L3211-6. Code de la santé publique.
47. Code de la santé publique - Article L3211-8. Code de la santé publique.
48. Code de la santé publique - Article L3211-9. Code de la santé publique.
49. Code de la santé publique - Article L3214-3. Code de la santé publique.
50. Arrêté du 20 juillet 2010 relatif au ressort territorial des unités spécialement aménagées destinées à l'accueil des personnes incarcérées souffrant de troubles mentaux.
51. Circulaire DHOS/O2/F2/E4 n°2007-284 du 16 juillet 2007 relative aux modalités de financement des dépenses d'investissement des unités d'hospitalisation spécialement aménagées (UHSA) et à l'attribution de subventions.
52. Décret n° 2010-507 du 18 mai 2010 relatif aux modalités de garde, d'escorte et de transport des personnes détenues hospitalisées en raison de troubles mentaux.
53. Arrêté du 11 février 2011 relatif à la répartition entre l'État et les établissements de santé des dépenses d'investissement et de fonctionnement des unités spécialement aménagées.
54. Circulaire interministérielle n° DGOS/R4/PMJ2/2011/105 du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA).
55. Loi n° 2007-1545 du 30 octobre 2007 instituant un Contrôleur général des lieux de privation de liberté.
56. Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire.
57. Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

58. LOI n° 2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales.
59. Paulet C. Current situation and future prospects for the organisation of psychiatric care for detainees, in particular that of hospitalization. *Inf Psychiatr.* 1 avr 2004;80(4):307-12.
60. David M. La place des unités d'hospitalisation spécialement aménagées (UHSA) dans le dispositif de soins aux détenus : leur application en Guadeloupe. *Inf Psychiatr.* 1 avr 2004;80(4):295-302.
61. Dubret G. UHSA : un formidable effort dans la mauvaise direction. *Inf Psychiatr.* 2008;Volume 84(6):543-50.
62. Brahmy B. Bilan et perspectives des UHSA. *Rhizome.* 2015;N° 56(2):13-13.
63. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
64. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.
65. DGOS. Guide méthodologique : Prise en charge sanitaire des personnes placées sous-main de justice - Guide méthodologique - Edition 2019. Ministère de la Justice - Ministère de la Santé; 2019 mars.
66. Arrêté du 20 juillet 2010 relatif au ressort territorial des unités spécialement aménagées destinées à l'accueil des personnes incarcérées souffrant de troubles mentaux.
67. Ministère de la Justice. Chiffres clés de la Justice 2018 [Internet]. Ministère de la Justice; 2018. Disponible sur: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/justice-chiffres-cles-2018.pdf
68. Falissard B, Rouillon F, Duburq A, Fagnani F. Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral. *déc 2004;283.*
69. Plancke L, Sy A, Fovet T. Santé mentale en population carcérale. *nov 2017;34.*
70. Coldefy M, Faure P, Prieto N. La santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus accueillis par les services médico-psychologiques régionaux. *Direction de la Recherche des Études, de l'Évaluation et des Statistiques; 2002 p. 12.*
71. Mouquet M-C. La santé des personnes entrées en prison en 2003. *Direction de la Recherche des Études, de l'Évaluation et des Statistiques; 2005 mars p. 12.*
72. Prieto N, Faure P. La santé mentale des détenus entrants ou suivis dans les prisons françaises comportant un SMPR. *L'Encéphale.* 1 déc 2004;30(6):525-31.
73. Fovet T, Bertrand M, Amad A. Prescrire les psychotropes en milieu pénitentiaire. *Lett Psychiatr.* 2014;X(6):5.

74. Fazel S, Hayes AJ, Bartellas K, Clerici M, Trestman R. The mental health of prisoners: a review of prevalence, adverse outcomes and interventions. *Lancet Psychiatry*. sept 2016;3(9):871-81.
75. Duthé G, Hazard A, Kensey A, Pan Ké Shon J-L. Suicide among male prisoners in France: A prospective population-based study. *Forensic Sci Int*. déc 2013;233(1-3):273-7.
76. Fazel S, Baillargeon J. The health of prisoners. *The Lancet*. mars 2011;377(9769):956-65.
77. Gastone R. Étude médico-sociale des femmes incarcérées à la Maison d'arrêt de Fleury-Mérogis en 2000 et 2001. *Sante Publique (Bucur)*. 2003;Vol. 15(2):133-59.
78. Fazel S, Doll H, Långström N. Mental Disorders Among Adolescents in Juvenile Detention and Correctional Facilities: A Systematic Review and Meta-regression Analysis of 25 Surveys. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1 sept 2008;47(9):1010-9.
79. Buyle-Bodin S, Amad A, Medjkane F, Bourion-Bedes S, Thomas P, Fovet T. Caractéristiques socio-démographiques et cliniques des adolescents détenus hospitalisés en unité hospitalière spécialement aménagée : résultats d'une étude transversale nationale. *L'Encéphale*. 1 juin 2019;45(3):207-13.
80. Désesquelles A, Kensey A, Meslé F. Circonstances et causes des décès des personnes écrouées en France : le poids écrasant des morts violentes. *Population*. 2018;Vol. 73(4):757-86.
81. Ministère de la Justice. Statistiques de la population détenue et écrouée. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/les-chiffres-clefs-10041/statistiques-de-la-population-detendue-et-ecrouee-32111.html>
82. Duburc A, Coulomb S, Bonte J. Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral (phase 1 de l'étude épidémiologique) [Internet]. 2014 déc
83. Prisons OI des. Etablissements pénitentiaires français [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://oip.org/etablissement/centre-penitentiaire-de-marseille-baumettes/>
84. Fovet T, Thomas P, Amad A. Psychiatrie en milieu pénitentiaire : une sémiologie à part ? *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. oct 2015;173(8):726-30.
85. Wolff N, Shi J, Siegel JA. Patterns of Victimization Among Male and Female Inmates: Evidence of an Enduring Legacy. *Violence Vict*. 2009;24(4):469-84.
86. Fovet T, Amad A, Adins C, Thomas P. Psychotropes en milieu pénitentiaire : de la fiole à l'AMM. *Presse Médicale*. 1 mai 2014;43.
87. Jullian B. Approche descriptive du profil et du parcours de soin des patients admis à l'Unité Hospitalière Spécialement Aménagée de Toulouse en 2012. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2014
88. Floquet M, Mouric I. Santé mentale des patients hospitalisés à l'UHSA de Nancy. Étude descriptive et rétrospective de 186 patients. *Eur Psychiatry*. nov 2015;30(8):S140.

89. Observatoire national du suicide (France). Suicide: état des lieux des connaissances et perspective de recherche. Paris, France: Observatoire national du suicide (ONS).
90. Amad A, Fovet T. Itinéraires de patients souffrant de troubles psychiatriques en prison : passé, présent et devenir après l’incarcération. Lett Psychiatr. 2014;X(6):2.
91. Fovet T, Thomas P. Psychiatrie en milieu pénitentiaire. In 2017.
92. Terra J-L. Prévention du suicide des personnes détenues : Évaluation des actions mises en place, propositions pour développer un programme complet de prévention. Ministère de la Justice - Ministère de la Santé; 2003 déc p. 235.
93. Dati R. Prévention du suicide des personnes détenues : plan d’actions 2009 - Suites du rapport de la commission Albrand. Ministère de la Justice; 2009 juin.
94. Code de la santé publique - Article L3213-1. Code de la santé publique.
95. Code de la santé publique - Article L3212-1. Code de la santé publique.
96. Fovet T, Bertrand M, Horn M, Si Mohammed W, Dandelot D, Dalle M-C, et al. Les soins psychiatriques sans consentement en milieu pénitentiaire sont-ils réservés aux patients « dangereux » ? L’Encéphale. 1 déc 2018;44(6):568-70.
97. Coldefy M, Tartour T, Nestrigue C. De l’hospitalisation aux soins sans consentement en psychiatrie : premiers résultats de la mise en place de la loi du 5 juillet 2011. 2011;8.
98. Daigle M, Cote G. Troubles mentaux et problématique suicidaire chez les femmes incarcérées dans un établissement de détention provincial. Psychiatr Violence [Internet]. 23 mars 2020; Disponible sur: <http://www.psychiatrieviolence.info>
99. Buyle Bodin S. Soigner, enfermer, éduquer : une étude nationale descriptive sur les patients mineurs pris en charge dans les unités hospitalières spécialement aménagées [Internet]. Université de Lille; 2017.
100. Falip E, Belardi B. Hospitalisations psychiatriques des personnes détenues en PACA. Agence Régionale de Santé PACA; 2019 juin.
101. Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire - Article 35.
102. Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire - Article 39. 2
103. Code de la santé publique - Article L1110-2. Code de la santé publique.
104. Code de la santé publique - Article L1110-3. Code de la santé publique.
105. Hazan A. Soins psychiatriques aux détenus : les constats du CGLPL. Santé Ment. avr 2018;227:40.
106. Décret n° 2014-145 du 18 février 2014 précisant les modalités de la suspension de peine pour raison médicale.

107. Brivet I. Prise en charge psychiatrique des détenus en unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) : prison médicalisée ou hôpital sécurisé ? Le projet mené au CHD G DAUMEZON à Fleury les Aubrais (45). École des Hautes Études en Santé Publique; 2009.
108. Delbos V, Danel A, Durand-Mouysset S, Emmanuelli J, Schechter F. Evaluation des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) pour les personnes détenues. Inspection générale de la Justice - Inspection générale des affaires sociales; 2018 déc.
109. Mazars S. Repenser la prison pour mieux réinsérer. Assemblée Nationale; 2018 p. 87. Report No.: 808.
110. Lebreton A. Sortants de prison : poursuivre les soins, une étape essentielle. Observatoire international des prisons, section française. 27 juin 2018 [
111. Bensussan P. La pénalisation de la folie. Santé Ment. avr 2018;(227):32.
112. Bérard J, Chantraine G. La carcéralisation du soin psychiatrique. Vacarme. 2008;n° 42(1):91-4.
113. Eck M. Soins psychiatriques et santé mentale en milieu pénitentiaire - État des lieux dans le Nord de la France. Université de Lille; 2019.
114. Doron C-O. Une expérimentation pour réduire les incarcérations des personnes en grande précarité présentant des troubles psychotiques sévères. Bull Natl Santé Ment Précarité. avr 2015;(56):17-8.
115. Cohen L, Giudicelli C, Micouleau B. UHSA : construire pour soigner. Sénat; 2017 2018. Report No.: 612.

Abréviations

AAH : Allocation Adulte Handicapé

APHM : Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille

AP : Administration Pénitentiaire

ARS : Agence Régionale de Santé

CATTP : Centre d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel

CD : Centre de Détention

CEDH : Cour Européenne des Droits de l'Homme

CGLPL : Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté

CI : Chambre d'Isolement

CIM : Classification Internationale des Maladies

CMP : Centre Médico-Psychologique

CMPR : Centre Médico-Psychologique Régional

CP : Centre Pénitentiaire

CPP : Code de Procédure Pénale

CPT : Comité européen de la Torture et des Peines ou traitements inhumains et dégradants

DGOS : Direction Générale de l'Offre des Soins

DIM : Département d'Information Médicale

DMS : Durée Moyenne de Séjour

DRESS : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EPM : Établissement Pour Mineurs

HDJ : Hôpital de Jour

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IP : Irresponsabilité Pénale

J-C : Jésus Christ

JLD : Juge des Libertés et de la Détention

MA : Maison d'Arrêt

MC : Maison Centrale

MPR : Médecine Physique et Réadaptation

PACA : Provence Alpes Côte d'Azur

PJJ : Protection Judiciaire de la Jeunesse
SDRE : Soins à la Demande d'un Représentant de l'État
SL : Soins Libres
SMPR : Service Médico-Psychologique Régional
SPIP : Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
TDAH : Trouble Déficit de l'Attention/Hyperactivité
TSN : Traitement Substitutif Nicotinique
TSO : Traitements Substitutifs des Opiacés
TV : TéléVision
UHSA : Unité Hospitalière Spécialement Aménagée
UHSI : Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale
UMD : Unité pour Malades Difficiles
US : Unité Sanitaire
USIP : Unité de Soins Intensifs Psychiatriques
USMP : Unité de Santé Mentale en Milieu Pénitentiaire
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Résumé

Contexte : la circulaire interministérielle du 11 mars 2011 a officialisé la création des Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA). Il s'agit de structures qui accueillent des personnes détenues souffrant de troubles psychiatriques qui nécessitent une hospitalisation à temps plein, avec ou sans leur consentement. L'UHSA de Marseille a ouvert le 6 février 2018. Nous proposons une étude descriptive de la population accueillie et des modalités de prise en charge, ainsi qu'une réflexion sur le fonctionnement et l'apport de ces nouvelles structures dans l'offre de soins.

Méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive sur la période du 6 février au 31 décembre 2018 inclus. Nous avons analysé plusieurs caractéristiques des patients hospitalisés : caractéristiques sociodémographiques, judiciaires, antécédents, hospitalisation à l'UHSA et leurs modalités, traitement de sortie. Nous nous sommes attardés à décrire et comparer les délais d'admission à l'UHSA puis nous avons analysé la durée moyenne de séjour selon plusieurs facteurs.

Résultats : 133 patients ont été inclus. Les patients hospitalisés sont majoritairement de sexe masculin (91,7%), célibataires (73,0%), sans emploi avant l'incarcération (83,5%). 75,2% des patients ont des antécédents de suivi en psychiatrie. 57,9% de ces patients hospitalisés ont un diagnostic de trouble psychotique et 54,4% ont été admis en soins libres. Le délai d'admission moyen est de 10,2 jours, il n'y a pas de différence significative selon le lieu d'origine du patient. La durée moyenne de séjour est de 47,6 jours, elle varie significativement selon le diagnostic principal et le passage en isolement, mais pas selon le motif d'hospitalisation.

Conclusion : Les UHSA ont permis de réduire les hospitalisations en D398 et d'améliorer l'offre de soins psychiatriques pour les personnes détenues. Il existe cependant certaines limites : pas d'accueil en urgence, des difficultés à s'inscrire dans une politique de secteur et des difficultés d'articulation avec l'Administration pénitentiaire et avec les secteurs de psychiatrie générale.

Mots clés : UHSA, psychiatrie, prison, hospitalisation, patients détenus, SMPR

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans **aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions**. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas **usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité**.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai **jamais leur confiance** et **n'exploiterai pas le pouvoir hérité** des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. **Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers** et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.