



HAL
open science

Soigner ou enfermer : étude sur les hospitalisations sous contrainte des personnes incarcérées

Julie Coton

► **To cite this version:**

Julie Coton. Soigner ou enfermer : étude sur les hospitalisations sous contrainte des personnes incarcérées. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03019345

HAL Id: dumas-03019345

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03019345v1>

Submitted on 23 Nov 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.

**Soigner ou enfermer: étude sur les hospitalisations sous contrainte des
personnes incarcérées.**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 23 Octobre 2020

Par Madame Julie COTON

Née le 17 mars 1993 à Longjumeau (91)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de PSYCHIATRIE

Membres du Jury de la Thèse :

Madame le Professeur RICHIERI Raphaëlle	Président
Monsieur le Docteur (MCU-PH) CERMOLACCE Michel	Assesseur
Monsieur le Docteur (MCU-PH) GUIVARCH Jokthan	Assesseur
Madame le Docteur BARUT Blandine	Assesseur
Monsieur le Docteur LUC Julien	Directeur

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	SEBAHOUN 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

MATHEU 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)

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

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

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)

MEDECINE D'URGENCE 4805

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

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

MAJ 01.09.2019

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

Mes sincères remerciements à tous les membres du jury de cette thèse, ainsi qu'à toutes les personnes m'ayant aidé durant son élaboration.

Au Professeur Richieri,

Qui m'a fait l'honneur de présider ce jury, veuillez trouver ici l'expression de ma profonde et respectueuse reconnaissance.

Au Docteur Cermolacce,

Vous me faites l'honneur d'apporter votre expérience à la critique de ce travail en siégeant dans mon jury de thèse. Je vous prie de bien vouloir accepter ma respectueuse considération.

Au Docteur Guivarch,

Je vous prie de recevoir mes sincères remerciements pour avoir accepté de siéger dans mon jury de thèse. Merci également de m'avoir accueilli lors de ses expertises sur mineurs qui ont été particulièrement intéressantes. Veuillez croire en l'expression de ma respectueuse considération.

Au Docteur Luc,

Merci de m'avoir proposé ce sujet de thèse qui m'a tant intéressé (et tant désespéré) et de m'avoir initié aux expertises. Et surtout merci de m'avoir supporté pendant la rédaction de celle-ci, avec un enthousiasme et un optimisme sans faille. Merci beaucoup pour ton aide et ta disponibilité, je te conseillerais aux internes qui cherchent un directeur de thèse.

Au Docteur Barut,

Merci de m'avoir redonné espoir en la possibilité d'être chef de service tout en créant une équipe et une ambiance dans lequel il est plaisant d'aller travailler. Merci de m'avoir initié à l'amour de la psychanalyse tout en écoutant France Inter pour rentrer à Marseille.

A l'équipe du SPAD de Luynes :

Au Docteur Cardonna : Merci de m'avoir toujours écouté avec bienveillance lorsque j'étais fatiguée de ce milieu fermé, tout en buvant son café au lait dans sa tasse chat.

Au Docteur Lefebvre et au Docteur Benabid : Merci pour votre soutien lors de mon stage sur Luynes 2.

A l'équipe infirmière et aux psychologues du SPAD : Merci pour votre présence et pour votre soutien au quotidien lors de mon stage, vous êtes une super équipe avec qui j'ai eu beaucoup de plaisir à travailler.

A l'équipe du service Lancon :

Au Docteur Brandejsky, la schrompfette qui m'a initié à la psychiatrie quand j'étais encore un bébé psychiatre. Merci d'avoir été d'abord une chef géniale, qui nous a supporté en tant qu'interne de premier choix un peu boulet. Merci d'avoir corrigé mes fautes d'orthographe et empêché d'envoyer des mails mal écrits à des chefs de service. Et enfin merci maintenant d'être mon amie qui me permet de ne pas avoir (trop) de cellulite, sans compter bien sûr sur les bières qui suivent.

A l'équipe du service Pons à Montperrin :

Au Docteur Bekhdadi : Merci de m'avoir supporté lors de mon deuxième choix d'interne. Et merci de continuer à râler avec moi tous les midis à Montperrin, tout en rigolant des potins évidemment.

Au Docteur Pons : Merci de m'avoir accueilli dans votre service et de continuer à râler avec Charlène et moi tous les midis.

A l'équipe du service Dassa 2 à la Conception :

Au Docteur Sciorato : Merci de m'avoir nommé colonel pendant ce stage, ce surnom me poursuit depuis.

Au Docteur Schlama, alias FES, qui ne veut toujours pas avouer qu'on a été les meilleures internes de son assistanat, et qui ne veut toujours pas revendre ses baskets horribles (alors que la fashion police les a toujours critiqué)

A l'équipe du CSAPA Villa Floréale :

Au Dr Gregoire : Merci de m'avoir fait découvrir l'addictologie ainsi que le CSAPA, tout en pouvant discuter d'autres sujets aussi librement.

A l'équipe du CSAPA : Merci de m'avoir accueilli avec autant de bienveillance dans votre structure.

A ma famille :

A chou :

Merci d'avoir toujours été là, merci d'être la personne la plus importante dans ma vie, merci de m'avoir supporté pendant toutes ces années, et encore ces longues années à venir. N'oublions pas d'aller voir toute ses merveilles du monde ensemble, et de se refaire des sauts en parachute (ou pas ;). Tu as bien grandi depuis ses grosses joues et cet air à l'ouest, je suis fière de toi, je t'aime.

A mes parents :

Merci de m'avoir soutenu dans ce choix d'étude toutes les fois où j'ai douté, et d'avoir supporté mes 2 premières années. Merci de m'avoir élevé et éduqué comme vous l'avez fait, je me rends compte tout le jour du fait que tout le monde n'a pas eu cette chance. Merci de toujours répondre au téléphone quand j'ai un problème administratif ou quand ma carte bleue est bloquée ! Je vous aime

A Isa : 18ans d'écart et pourtant tant en commun, j'adore quand tu me racontes les potins de ta « jeunesse » et que tu me rassures sur le fait que tu as fait bien pire. Merci de m'avoir accueilli quand j'étais SDF à Paris, et de m'avoir aussi bien nourri avec ses repas de vieux.

A Basile : Merci d'être un super neveu aussi intéressé et curieux.

A Arnaud et Charlotte : Merci de toujours m'accueillir à bras ouvert avec un Welsch.

A mes cousins : Merci pour ses 25 Décembre où l'on peut parler de youtube et de jeux vidéos.

A la famille Amar/Millet : Merci de toujours m'accueillir comme si je faisais partie de votre famille, de m'inviter à shabbat et de me donner des supers recettes de cuisine.

A mes amis :

A Charlotte : Tout a commencé sur les bancs de la P1, par une critique assez rapide de la fashion police qui nous a si rapidement rapproché, alors qu'on sait très bien que tu me détestais à ce moment-là. C'est quand je t'ai vu pour la première fois en PLS au maxi que j'ai su que tu allais devenir ma bestah. Merci de toujours être désespérée quand je ne parle pas, et de raconter ma vie pour moi. Je te promets en retour de continuer à être ton objet contraphobique. Voici mes vœux de love pour toutes les années à venir, vu qu'aujourd'hui c'est ton deuxième mariage, je t'aime ma bestah.

A Vanessa : Vaness la comtesse. Décrire toutes tes qualités serait trop long, de même que décrire tous tes défauts. Merci de me supporter en voyage quand j'ai faim, merci d'être le grinch parce que sinon je n'aurais jamais l'impression d'être gentille, merci de me donner l'impression de ne pas être un pilier de bar juste parce que tu es le deuxième, merci de me donner l'impression d'être normale juste parce que tu es aussi bizarre que moi, merci d'avoir toujours été là quoi qu'il arrive, et ne t'inquiète pas toi aussi tu es la meuf de ma vie.

A Chloé : Merci de participer avec une aisance sans faille à la critique de la fashion police, merci d'avoir pour seul défaut (ou pas) de ne pas aimer le fromage, merci pour ses soirées endiablées en Croatie, à Londres (malgré le virus agressif qui a amputé notre équipe d'un membre) et à Bali. Et surtout merci d'être un papillon de lumière, sans toi nos night (et nos soirées bestah) ne seraient pas les mêmes. En tout cas rassure toi, tu as bien fait tes preuves.

A Julie : Qui l'eut cru il y a quelques années que j'allais être aussi proche d'un petit tyran. Merci d'avoir été là avec tes Kinder Bueno durant cette année merveilleuse qu'était la D4, au moins cette année de merde aura servi à quelque chose. Merci de penser que Bilbao c'est en Afrique et que les poissons ont besoin d'aller à la surface pour respirer. Enfin merci d'être la première petite princesse du 8^e qui est devenue ma bestah.

A Alice : Merci de faire la même taille qu'un lama bolivien, et de nous avoir supporter pendant ce voyage. Merci d'avoir été une super amie fidèle au poste lors de notre colloc trouple, et de l'être resté depuis. Et surtout merci d'être aussi nul que moi au blind test ce qui me fait me sentir moins seule pendant toutes ses soirées.

A Benny : Par quoi commencer mon Benny.. Merci d'avoir fait allemand, cette superbe langue dont ni toi ni moi ne voyons l'intérêt mais qui aura au moins permis

quelque chose : de nous rencontrer. Merci d'être là pour moi, dans les verres au Red comme dans les moments difficiles. Merci de râler autant et d'avoir un Claude Bernard Millet tout en chantant du Goldman. Merci d'être mon meilleur ami, et comme on dit « on s'était dit rendez-vous dans 10ans...»

A Louis : Tout a commencé par le WEI, qui aurait pu ramener la coupe à la maison (et la voler) si tu n'avais pas été là. Merci d'être un ami toujours présent, même si tu es un plot en communication (mais qui suis-je pour juger).

A Ugo : Merci d'avoir été là pendant ses quatre années passées ensemble, comme quoi survivre à ma D4 valait finalement le coup.

A Bene : Merci d'être ma partenaire de sortie culturelle et de film contemplatif, heureusement que tu es là pour me maintenir (un peu) cultivée. Je suis très contente de t'avoir rencontré au début de mon internat, et j'espère que l'on va continuer ses petites sorties encore longtemps.

A Elsa : Merci d'être devenue marseillaise (enfin d'essayer), et pour toutes ses soirées vin/potins chez toi.

A Clémence : Merci d'être ma plus vieille amie (eh oui), et d'être celle qui me permet de garder les pieds sur terre quand j'en ai besoin.

A Alizée : Merci de me rappeler toujours qui était mes amoureux en colo et en quelle année c'était, merci d'avoir été là depuis toute ses années (combien déjà ?!).

A Hugo : Merci d'être mon seul soutien vert et (presque) gauchiste de cette team. Et merci de représenter les moldus dans cette team de médecin.

A Nico : Merci de ne pas me critiquer quand j'arrive en pyjama chez vous, merci d'être aussi geek que ma bestah sinon j'aurais dû me mettre aux jeux vidéo, et merci de m'avoir laissé ma bestah pendant 1 mois (mais rentre maintenant..).

A Pierre : Merci de nous avoir accueilli à Toulouse, maintenant il est temps que vous rentriez, le son des guitares ne sait plus quoi faire sans toi.

A Laurent : Merci d'être la mula à toutes les soirées.

A Ambre et Lucas : Merci d'être ce couple de quignon qui a fait passer les soirées à Crest-Volland à un autre level.

Merci à tous ceux dont j'ai croisé la route ses dix dernières années.

SOMMAIRE

Introduction	3
Première partie : Psychiatrie en milieu pénitentiaire	5
1. Comment la psychiatrie et donc en parallèle la prise en charge des détenus s'est développée à travers les époques ?	5
1.1. Avant la naissance de la psychiatrie	5
1.2. De la naissance de la psychiatrie à la fin du 19 ^e siècle	8
1.3. Le 20 ^e et 21 ^e siècle	12
2. Quelle est la situation actuelle en France au niveau des troubles psychiatriques en milieu carcéral ? Quel visage prend la clinique psychiatrique carcérale de nos jours ?	18
2.1. Etudes épidémiologiques des troubles psychiatriques en milieu carcéral et facteurs explicatifs	19
2.2. Clinique carcérale et facteurs de décompensation liés à l'incarcération	32
2.2.1. Particularités cliniques en milieu carcéral	33
2.2.2. Conduites addictives	38
2.2.3. Dangers et passage à l'acte	39
2.3. Le suicide	42
3. Quelle est l'offre de soins psychiatriques proposée aux détenus ?	45
3.1. Situation carcérale en France et ses problématiques	46
3.1.1. Structures accueils des détenus	46
3.1.2. Chiffre année 2018 – MA Luynes et CD Salon	47
3.1.3. Problématiques carcérales	51
3.2. Les 3 niveaux d'organisation des soins psychiatriques et les lieux de prise en charge	58
3.3. Parcours d'un détenu nécessitant une hospitalisation en psychiatrie	65

Deuxième partie : Etude descriptive des hospitalisations sous contrainte des détenus	69
1. Introduction	69
2. Méthode	70
2.1. Description de l'étude	70
2.2. Population étudiée	71
2.3. Outils statistiques	72
2.4. Information et consentement du patient	72
3. Résultats	72
3.1. Caractéristiques socio-démographiques	73
3.2. Antécédents médicaux personnels	76
3.3. Caractéristiques de la prise en charge	79
3.4. Etude de comparaison entre les variables	85
4. Discussion	87
4.1. Caractéristiques socio-démographiques	87
4.2. Antécédents médicaux personnels	88
4.3. Caractéristiques de la prise en charge	92
4.4. Etude de comparaison entre les variables	96
4.5. Limites de l'étude et perspective	97
5. Conclusions	98
Références bibliographiques	99
Abréviations	104

Introduction

Plus de 80 000 personnes sont incarcérées en France en 2019, chiffre présenté par l'administration pénitentiaire (1). Depuis de nombreuses années, les problématiques du milieu carcéral français sont dénoncées par les médias et les associations mais également par les professionnels de santé ou ceux du milieu carcéral. L'importance des troubles mentaux chez les détenus et leurs conséquences sur le visage carcéral sont les problématiques les plus mises en avant.

Afin de comprendre la nature et l'origine de cette problématique, ce travail va se diviser en deux parties.

Une première partie présentera un état des lieux de la psychiatrie en milieu pénitentiaire, à travers plusieurs questions :

- Comment la psychiatrie - et donc en parallèle la prise en charge psychiatrique des détenus- s'est développée à travers les époques ?
- Quelle est la situation actuelle en France des troubles psychiatriques en milieu carcéral ? Quel visage prend la clinique psychiatrique carcérale de nos jours ?
- Quelle est l'offre de soins psychiatriques proposée en France aux personnes détenues ?

Cette première partie va permettre de contextualiser et d'amener à l'étude développée dans la deuxième partie.

La seconde partie se concentrera sur une question plus précise, celle de la prise en charge des SPDRE D398 (soin psychiatrique à la demande du représentant de l'état). Le SPDRE D398 fait référence à l'article D398 du code de procédure pénale qui définit les conditions de prise en charge d'un détenu présentant des troubles psychiatriques nécessitant des soins sous contrainte. Dans cet objectif, nous avons effectué une étude épidémiologique se concentrant sur les patients hospitalisés en SPDRE D398 sur l'année 2019 issus de la maison d'arrêt de Luynes 1, Luynes 2 et du centre de détention de Salon.

Le but de cette étude est d'identifier les caractéristiques socio-démographiques des détenus hospitalisés, leurs antécédents, les motifs d'hospitalisation ainsi que les

caractéristiques de leur prise en charge. Cette étude nous donnera un premier aperçu de la prise en charge des urgences psychiatriques en milieu carcéral et de leur parcours de soin.

Première partie : Psychiatrie en milieu pénitentiaire

1 Comment la psychiatrie - et donc en parallèle la prise en charge des détenus- s'est développée à travers les époques ?

Psychiatrie ou prison ? Prison en psychiatrie, psychiatrie en prison. Ces deux entités présentent une histoire parallèle mouvementée, marquée par des divergences, des alliances et des convergences. On ne peut aborder la question des soins psychiatriques aux personnes détenues sans aborder le développement des textes législatifs à travers les époques. Les deux vont évoluer de façon parallèle et être étroitement intriquées aux évolutions sociétales. Cette histoire permet de mieux comprendre et d'analyser la question de la prise en charge de la psychiatrie en milieu carcéral de nos jours, et comment elle s'est progressivement développée.

Une première sous-partie développera la période d'avant la naissance de la psychiatrie, période marquée par les croyances et la religion.

Une seconde sous-partie décrira la naissance de la psychiatrie et de ses différents courants jusqu'à la fin du 19^e siècle, ce qui nous montrera comment l'évolution des notions psychiatriques a permis également un développement de la médecine du crime définie par Marc Renneville (2).

Enfin la troisième sous-partie présentera la description de différents éléments marquants des 20^e et 21^e siècles. Ceux-ci ont orienté la façon dont la justice a évolué sur la perception des troubles psychiatriques, et donc leur prise en charge chez les détenus.

Cette partie historique est principalement basée sur le livre de Marc Renneville « Crime et Folie »(2), ainsi que sur d'autres articles qui seront cités par la suite.

1.1 Avant la naissance de la psychiatrie

➤ Dans l'Antiquité et au Moyen-Age

Les maladies mentales à cette époque ne sont pas considérées comme des pathologies du psychisme pour deux raisons :

- La pensée religieuse ne reconnaît pas les troubles psychiatriques, pour elle ce sont des manifestations du divin. La folie est envisagée comme un mal incurable provoqué par Dieu pour punir les hommes de leurs péchés. Le malade était donc placé à l'asile, et les sœurs, du fait de leur engagement à mener une vie de chasteté, de pauvreté et d'obéissance, étaient considérées comme les mieux qualifiées pour prendre soin des affligés et sauver leur âme. Il n'y avait pas de différence entre psychisme et soma, tout était traité dans le corps.
- Au Moyen-Age, les personnes souffrant de troubles psychiatriques restaient auprès de leurs proches. Elles étaient attachées pour éviter qu'elles ne s'automutilent. Seuls les malades dangereux étaient emprisonnés et les institutions laïques ou religieuses s'en occupaient.

➤ Jusqu'à la Révolution : Le criminel, héritier du péché originel

Le criminel était, jusqu'à la Révolution, considéré comme l'héritier du péché originel. Le crime était fait par choix et la déchéance morale se reflétait sur le corps (mine patibulaire, laideur physique). En revanche, les fous sont considérés comme possédés. Dans ce système, les individus sans âme ni conscience ne peuvent répondre de leurs actes et ne sont pas sanctionnables sauf pour des actes graves (blasphème...).

On pourrait illustrer cette époque par ce dicton : « Cum satis furore ipso puniatur » (2)(l'aliéné (ou l'insensé) est assez puni par sa folie même).

➤ Les Lumières : Esprit réformateur

Le mouvement de renouveau intellectuel et culturel des Lumières marque un tournant par rapport aux idées de la Renaissance. Sur les plans scientifique et

philosophique : les Lumières voient le triomphe de la raison sur la foi et la croyance, et sur les plans politique et économique : le triomphe de la bourgeoisie sur la noblesse et le clergé.

Cet esprit réformateur va être marqué par la publication secrète de l'ouvrage « Des délits et des peines » (3) de Cesare Beccaria (1738-1794), qui érige les fondements du droit pénal moderne et appartient au mouvement des abolitionnistes.

C'est dans ces écrits que Beccaria décrit certains des principes fondamentaux du droit pénal français actuel : principe de légalité, non rétroactivité de la loi pénale la plus sévère, présomption d'innocence...

Malgré ce mouvement de renouveau, les limites traditionnelles de la répression judiciaire sont maintenues : seuls les individus doués d'un libre arbitre sont punissables.

➤ La Révolution : naissance des premiers codes pénaux

La Révolution a bouleversé les rapports sociaux et la politique en France, c'est la fin de l'Ancien Régime et de la monarchie. En 1791, un premier code pénal français a été adopté, rapidement remplacé en 1810 par le code pénal impérial sous Napoléon Bonaparte. Un article particulièrement important est issu de ce code pénal impérial, c'est l'article 64 (4) : « 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 ».

A cette période, la psychiatrie n'existe pas encore en tant que spécialité médicale, et la question de la criminalité n'est pas encore rapprochée du domaine médical.

Le 18^e siècle fut marqué par l'importance des croyances et traditions catholiques, les personnes atteintes de troubles mentaux à cette époque ont longtemps été prises en charge par les institutions religieuses. A la fin du 18^e siècle, il n'existe quasiment pas de discours médical sur le passage à l'acte criminel. Pourtant, dès le début du 19^e siècle, la volonté d'utiliser la médecine pour expliquer cette criminalité se fait ressentir. Le rapport des individus aux

institutions, la question du contrôle social, la légitimité du droit de punir créaient une nouvelle conception du lien social (qualifiée ici « d'idéalisme juridique »). Ce renouveau va expliquer la réforme du droit pénal et la naissance de la psychiatrie et de ses différents courants, thèmes que l'on va évoquer dans le paragraphe suivant.

1.2 De la naissance de la psychiatrie à la fin du 19^e siècle

La fin du 18^e et le 19^e siècle sont marqués par une étape importante : la naissance de la psychiatrie. La naissance de celle-ci en tant que spécialité médicale reconnue, permettra de définir avec plus de précisions les différents troubles. Cela entrainera l'application de cette nouvelle science à l'un des mystères de l'époque, qui l'est d'ailleurs toujours aujourd'hui : peut-on expliquer le crime grâce à la psychiatrie ? Quelle conséquence aura la médicalisation sur la justice pénale ? Comment évoluera ce rapport entre psychiatrie/justice ?

➤ La naissance de la psychiatrie

Dans son livre « Psychiatrie légale et criminologie clinique », Senon JL décrit comment est née la psychiatrie, terme qui apparaîtra en 1842 (5).

Les fondateurs classiquement reconnus sont Pinel (1745-1826) et Esquirol (1772-1840). Pinel pensait que les aliénés : « loin d'être des coupables qu'il faut punir, sont des malades dont l'état pénible mérite tous les égards dus à l'humanité souffrante ». Il considérait l'asile comme un lieu de protection des aliénés, qui devait devenir instrument de soin, notamment grâce à l'isolement conçu comme thérapeutique. Il théorise cette prise en charge sous le terme de « traitement moral », celui-ci n'étant pas un traitement religieux, mais se rapprochant d'un traitement psychothérapeutique.

C'est dans son « Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale » qu'il va créer sa classification des maladies mentales en distinguant : la simple mélancolie, la manie, la démence et l'idiotisme.

Esquirol, son élève, a, de son côté, enrichit la sémiologie et la nosographie psychiatriques (2). Esquirol a apporté un rectificatif à la clinique de son maître Pinel, qui est la classe des « monomanies ». Il ne s'est jamais résolu à accepter la « manie sans délire ». Selon lui, il ne peut exister de folie sans délire, mais il se peut en revanche que le délire soit circonscrit à un ou plusieurs objets, ce qui rend l'aliénation invisible pour l'entourage. La monomanie homicide serait donc une forme de folie partielle pouvant prendre deux formes. Dans la première forme, le passage à l'acte est causé par une « conviction intime mais délirante », par « l'exaltation » et un « raisonnement fou ». Dans la deuxième, l'individu ne présente apparemment aucune altération de l'intelligence, ni de l'affection mais il est « entraîné par un instinct aveugle, par quelque chose d'indéfinissable qui le pousse à tuer », le délire est alors limité à une discordance entre la sphère instinctive du sujet et sa volonté.

L'aliéniste a conscience que cette monomanie homicide « instinctive » contrarie le dogme du libre arbitre, il existe cependant des altérations et des maladies de la volonté comme il en existe pour l'intelligence et le moral.

Cette évolution progressive de la nosographie psychiatrique entraînera une médicalisation de la folie, qui ne sera plus vue et prise en charge par des institutions religieuses mais par des structures médicales.

Ce glissement du religieux vers le médical sera concrétisé par la loi du 30 Juin 1838 (6), auquel contribuera Esquirol. Cette loi, dite « loi des aliénés », fondera pendant plus d'un siècle l'organisation de la psychiatrie en France. La loi disposera que chaque département doit se doter d'un asile pour accueillir les aliénés. Elle prévoira les conditions d'internement selon deux modes de placements : hospitalisation d'office ou placement volontaire, mais sous l'égide de la famille et non du sujet. Cette même loi aménagera l'incapacité civile de l'interné dont les biens sont gérés durant

son séjour en asile pendant que lui-même est représenté. Cette loi d'assistance et de protection de l'aliéné répondra également aux questions de sécurité pour la société.

➤ Gall et la phrénologie

En parallèle du développement des monomanies d'Esquirol, un médecin allemand Franz Joseph Gall (2) créait une nouvelle discipline : la phrénologie. A la différence de Pinel, la « physiologie intellectuelle » de Gall explique que les penchants, les qualités morales et les facultés intellectuelles de l'homme sont innées et que l'exercice des facultés psychiques dépend de la constitution physique de l'individu. C'est ainsi qu'il définit différentes aires du cerveau, chaque division fonctionnelle correspondant à une faculté psychologique. La force d'une faculté particulière dépend du volume de son siège physique et de la synergie avec les autres facultés. Afin de définir quel est le développement de chaque faculté, Gall invente la cranoscopie. Celle-ci consiste à observer l'enveloppe extérieure du cerveau, le développement relatif de chaque faculté y est étudié par la palpation des saillies et des méplats de la boîte crânienne. La cranoscopie est considérée comme un outil objectif de diagnostic psychologique.

La phrénologie induit une philosophie pénale qui lui est propre. Comme il existe peu d'individus possédant une constitution organique suffisamment équilibrée pour bien se conduire, il faut imposer aux hommes des motifs « extérieurs » les contraignant à demeurer dans les limites de la légalité. La phrénologie défend une visée utilitariste de la peine, et contribue à diffuser un regard pathologique sur la déviance.

Nous pouvons observer lors de la première partie du 19^e siècle, un développement progressif de la médecine du crime. C'est dans ce contexte qu'émerge l'expertise mentale, qui prend progressivement une place de plus en plus importante dans l'administration de la justice pénale, malgré les réticences de nombreux médecins à collaborer avec la justice.

➤ Morel et les esquisses d'une critique de la monomanie

Par la suite, la notion de monomanie reçoit de nombreuses critiques (2): englober toutes les manifestations de la déraison dans une seule et même maladie apparaît de moins en moins satisfaisant.

Conçue comme une alternative à la clinique d'Esquirol, la théorie des dégénérescences de Benedict-Augustin Morel (1809-1873) entend résoudre définitivement les difficultés dans l'expertise médico-légale de la « responsabilité » des délinquants.

Morel postule que le milieu physique dans lequel vit une population, ses habitudes et ses croyances, déterminent des types de caractères générant à leur tour des formes et des variétés particulières de maladies mentales. Morel propose l'élargissement du champ de la prévention, de la prophylaxie : un médecin efficace ne doit pas se contenter d'exercer son action préventive sur les familles des aliénés, il faut aussi l'appliquer aux irascibles, aux orgueilleux et aux ivrognes.

Morel est le premier aliéniste français à s'opposer radicalement à la doctrine des monomanies. Il estime qu'il n'existe pas de délire isolé, et que tous les individus, autrefois décrits sous le terme de monomaniacs, sont des maniaques ou des mélancoliques à délire systématisé, il donne ainsi la priorité à l'humeur plutôt qu'à la dimension délirante.

Dans « Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine », Morel définit la dégénérescence comme une : « déviation maladive d'un type primitif ». La dégradation physique et morale de l'homme est un fait de laboratoire, on pourrait faire l'histoire naturelle de ces types maladifs par analogie avec l'histoire naturelle de la race humaine. La première cause de la dégénérescence physique et morale des basses classes sociales serait l'industrialisation. La dégénérescence ne serait pas un état fixe, mais un processus de dégradation.

Dans « Traité des maladies mentales », il rompt définitivement avec la nosographie basée sur les symptômes, c'est la fin du paradigme de l'aliénation mentale. Sept formes de folies y sont définies par leur cause, dont la principale est la folie héréditaire divisée en quatre sous classes : nerveux congénitaux, fous moraux, maniaques instinctifs et idiots.

Le 19^e siècle est marqué par la naissance de nombreuses disciplines scientifiques : l'anthropologie, la psychopathologie, la phrénologie... Ces nouvelles sciences s'érigent sur la critique des dogmes établis, comme le dit Marc Renneville (2), « comment concilier un droit dont le sujet était hérité de l'anthropologie catholique avec les découvertes annoncées par les sciences de l'homme ? »

Parmi celles-ci va naître la psychiatrie, dont la nosographie va être définie et redéfinie à de nombreuses reprises. C'est à partir de cette période que les personnes atteintes de troubles psychiatriques vont être prises en charge par des institutions médicales, et non plus religieuses. La question des aliénés criminels et de leur place dans l'institution commence à émerger.

Cette seconde partie de l'histoire montre comment le développement progressif des sciences à la fois médicale et sociale, permet de faire évoluer les mentalités mais également les perceptions du crime et de la folie, et les conséquences que cela a sur la justice.

1.3 Le 20^e et 21^e siècle

Le 20^e siècle fut marqué par plusieurs avancées législatives entraînant à la fin de celui-ci une modification du Code Pénal. Ces modifications du Code Pénal vont souvent de pair avec une modification des soins aux détenus ou aux personnes jugées irresponsables, nous allons donc développer ces deux aspects par la suite.

➤ Les avancées législatives du 20-21^e siècles

Le 20^e siècle débuta par un évènement important, le législateur envisage pour la première fois la possibilité d'atténuer la responsabilité des malades mentaux, et de détruire la dichotomie responsable/irresponsable : c'est la **circulaire Chaumié**. Le 20 décembre 1905, le garde des Sceaux Joseph Chaumié adresse aux parquets généraux une circulaire qui pose le principe de l'atténuation de la peine pour les personnes reconnues responsables de leurs actes tout en présentant un trouble mental : « à côté des aliénés proprement dits, on rencontre des dégénérés, des individus sujets à des impulsions morbides momentanées ou atteints d'anomalies mentales assez marquées pour justifier, à leur égard, une certaine modération dans l'application des peines édictées par la loi. Il importe que l'expert soit mis en demeure d'indiquer avec la plus grande netteté possible, dans quelles mesures l'inculpé était, au moment de l'infraction, responsable de l'acte qui lui est imputé. A cette fin, il est attendu du juge d'instruction qu'il demande systématiquement à l'expert, non seulement de se prononcer sur l'état de démence de l'inculpé au moment de l'acte (au sens de l'article 64 du code pénal), mais également de lui faire préciser « si l'examen psychiatrique et biologique ne révèle pas chez lui des anomalies mentales ou psychiques de nature à atténuer, dans une certaine mesure, sa responsabilité » (7).

Très vite tombée en désuétude, cette circulaire n'a pas eu d'incidence sur le sort en détention des détenus malades mentaux, cependant elle représente le premier pas vers une possibilité d'atténuation de responsabilité.

Le 9 octobre 1981 marque un tournant majeur pour la justice pénale : une loi portant sur l'**abolition de la peine de mort**(8). La peine privative de liberté devient la peine maximale de référence.

Quatre ans après la loi du 27 juin 1990 qui réformait celle de 1838 en rendant exceptionnelle l'hospitalisation sous la contrainte, le **Code pénal de 1994** dans son article 122-1 (9) prévoit l'irresponsabilité pénale en cas d'abolition du discernement. Il comporte deux alinéas :

- n'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ;
- la personne qui était atteinte au moment des faits d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes

demeure punissable : toutefois la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime.

Pour autant, dans notre pays, l'autorité administrative n'est pas tenue par le non-lieu après application de l'article 122-1 CP, et le détenu irresponsable ne fait pas systématiquement l'objet d'une hospitalisation d'office dans un service de psychiatrie. Par ailleurs, l'atténuation de la responsabilité prévue par l'article 122-1 al. 2 est souvent à l'origine d'un allongement paradoxal de la durée des peines, les jurys d'assises ayant un réflexe de protection vis-à-vis des risques de récidive de ceux que les psychiatres ne retiennent pas comme malades irresponsables. Cette évolution paradoxale est devenue dans notre pays un véritable problème, sur le plan éthique comme sanitaire. Ces détenus malades mentaux responsables présentent de fréquentes décompensations à l'origine de troubles du comportement très mal gérés tout au long de longues peines dans les établissements pénitentiaires.

La **loi du 17 Juin 1998** (10) relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs, prévoit notamment l'aggravation des peines pour les infractions sexuelles commises sur les mineurs de moins de 15 ans. Elle instaure également le suivi socio-judiciaire du condamné (mesures de surveillance et d'assistance avec possibilité d'une injonction de soins), ce qui va renforcer et compléter le dispositif des **soins pénalement ordonnés**. Elle appelle les secteurs de psychiatrie générale à s'investir dans la prise en charge médicopsychologique des délinquants sous contrôle judiciaire. D'autres mesures législatives concernent le suivi de la population pénale à l'extérieur des lieux de détention, tout en impliquant le monde psychiatrique, qui réagit de manière disparate.

La **loi du 4 Mars 2002** (11), dite loi Kouchner, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, précise les conditions d'une suspension de peine pour des raisons médicales. La dernière phrase du premier alinéa de cette loi « hors les cas d'hospitalisation des personnes détenues en établissement de santé pour troubles mentaux » a conduit à considérer que les personnes souffrant de troubles mentaux ne pouvaient bénéficier de cette suspension.

La représentation des personnes souffrants de troubles psychiatriques dans la société du 20^e siècle évolue, la peur du « fou criminel » se développe ce qui entraîne une modification des politiques et des textes législatives.

➤ L'entrée progressive des soins psychiatriques en détention

Bodon M. décrit dans son article « Historique et évolution des soins en milieu carcéral »(12) l'entrée progressive des soins psychiatriques en prison durant le 20^e siècle.

En 1927 s'est mis en place dans une maison cellulaire une consultation psychiatrique ayant pour objectif le dépistage des troubles mentaux des détenus entrants et en 1936, des services d'examen psychiatrique seront créés à la prison de la Santé, ainsi qu'à celle de Fresnes et de la Petite Roquette.

Dans les années qui suivront la fin de la guerre 1939-1945, face à une surpopulation carcérale sans précédent, les soins psychiatriques en prison connaîtront un progrès notable avec la **réforme Amor**. Cette réforme, du nom du nouveau directeur de l'administration pénitentiaire, accordera une place particulière aux « anormaux mentaux » définis comme une catégorie de délinquants qui doit retenir notre attention non seulement parce qu'il est juste de leur donner les soins que réclame leur état mais parce que, de toute évidence, ces soins constituent un facteur important de prévention de la récidive à la sortie de prison.

La réforme Amor stipule que dans tout établissement doit fonctionner un service social et un service médico-psychologique. Vingt-quatre annexes psychiatriques étaient initialement prévues, mais uniquement 14 pourront fonctionner quelques années. À la prison de la Santé, P. Hivert crée le premier CMPR (centre médico-psychologique régional) expérimental. Il y fera un travail de « dépistage » des pathologies psychiatriques présentées par les détenus entrant dans l'établissement pénitentiaire.

Le travail pionnier de Paul Hivert sera à l'origine de la circulaire du 30 juillet 1967 qui crée les **CMPR** et envisage la création de 17 d'entre eux gérés par les hôpitaux de proximité. J. Mérot créera le premier CMPR fonctionnant comme un secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire à Fleury- Mérogis en relation avec l'hôpital d'Étampes. Plusieurs CMPR vont par la suite se mettre en place : Marseille, Rennes, Bordeaux, Varcès, et Poitiers.

Les CMPR deviendront plus tard les SMPR ou secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire investissant initialement les maisons d'arrêt avant que quelques structures se créent sur des établissements pour peine. La circulaire interministérielle santé–justice du 28 mars 1977 (13) sera la base réglementaire du fonctionnement des 17 **SMPR** initiaux. Petit à petit leur nombre sera élargi à une trentaine sur l'ensemble du territoire.

S'inspirant du modèle de la psychiatrie en prison, les travaux de la commission Chodorge sont à l'origine de la loi du 18 Janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale qui confie aux hôpitaux de proximité les actions de santé à réaliser dans les prisons. Cette loi est précisée par le décret du 27 Octobre 1994 (14) et la circulaire du 8 Décembre 1994. La prise en charge de la santé des personnes détenues est transférée au **ministère de la Santé**, avec pour conséquence l'affiliation de chaque détenu au régime d'assurance maladie.

La loi instaure la mise en place d'une unité de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) au sein de chaque prison française. Les **UCSA**, qui fonctionnent à partir du 1^{er} Janvier 1996 ont pour mission notamment l'organisation des consultations somatiques, mais aussi psychiatriques dans les établissements où ne sont pas implantés de SMPR.

Au début des années 2000, d'autres textes législatifs viennent renforcer les soins en direction des personnes sous main de justice.

S'intéressant davantage à la problématique des troubles psychiatriques en détention, la circulaire de la Direction Générale de la Santé du 6 Avril 2002 (15) mobilise les

acteurs de santé autour de la prévention du suicide en détention, véritable problème de santé publique que nous développerons dans un prochain paragraphe.

Enfin, la loi d'orientation et de programmation pour la justice du 9 Septembre 2002, dite « loi Perben I » (16), préconise des dispositions relatives à l'hospitalisation des personnes détenues atteintes de trouble mentaux : les **UHSA** sont définis, permettant d'améliorer la prise en charge des patients détenus, et d'avancer vers une offre de soins identique milieu carcéral/milieu ouvert.

Il ne faut pas omettre de prendre en compte également l'évolution des politiques et des lois qui en découlent. La loi du 25 Février 2008 (17) relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale en est une illustration. Elle précise les conditions nécessaires à la production d'une ordonnance de non-lieu pour cause d'irresponsabilité pénale pour les prévenus atteints de troubles psychiatriques ayant aboli leur discernement. Elle prévoit également une mesure de rétention de sûreté dans certaines conditions pour des personnes qui, à l'issue de leur peine, ou faisant l'objet d'une mesure de surveillance de sûreté, présentent un risque élevé de récidive. Evoquant dans ce cas la notion de trouble grave de la personnalité, la loi fait explicitement référence à une ou des catégories nosographiques psychiatriques et implique donc les acteurs de santé.

Cette évolution vers une politique de plus en plus sécuritaire, façonne et conditionne le visage du monde carcéral d'aujourd'hui.

Pour conclure cette partie, citons Marc Renneville dans son article « Psychiatrie et prison : une histoire parallèle » (18) :

« On pourrait donc se demander si notre époque ne marche pas sur la tête et si le titre de ce quotidien ne devrait pas alors être lu à l'envers : la prison, guérie par ses fous ? Entendons ici une certaine conception de la prison, pour laquelle il resterait permis, en notre début de nouveau siècle, de penser la sécurité sans réinsertion, la médicalisation sans thérapie et la punition sans humanisme. Cette prison, « humiliation de la République », on voudrait croire enfin que plus personne n'en veut. L'histoire plaide pour plus de circonspection et invite à un surcroît de vigilance. »

C'est à travers ce rapide historique que nous pouvons aborder la question du crime et de la folie à l'heure actuelle. Du fou traité par la religion, nous sommes passés aux personnes souffrant de troubles psychiatriques traitées médicalement, en hôpital ou en prison. Ces évolutions historiques nous ont amenés à la problématique de la prise en charge des détenus souffrant de troubles psychiatriques, et de l'offre de soin qui leur est donnée.

Dans le paragraphe suivant, nous allons parler de l'importance des troubles psychiatriques chez les patients détenus et décrire leurs particularités.

2 Quelle est la situation actuelle en France au niveau des troubles psychiatriques en milieu carcéral ? Quel visage prend la clinique psychiatrique carcérale de nos jours ?

L'augmentation de la prévalence de troubles psychiatriques en prison est un constat partagé par les soignants, les personnels de l'administration pénitentiaire et les politiques. Selon le rapport Pradier en 1999 (19): « Tout se passe comme si la prison était devenue le seul lieu d'accueil pour un nombre croissant de psychotiques rejetés à l'extérieur de l'institution hospitalière par les responsables médicaux. ». Dans le rapport Hyst-Cabanel (20), il s'agit d'« une humiliation pour la République ». Cet état des lieux et ces constats témoignent des besoins de soins en milieu pénitentiaire et de la nécessité d'apporter une réponse adaptée.

Dans cette partie, nous allons dans un premier temps étudier les dernières études épidémiologiques portant sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral, puis décrire les spécificités cliniques de cet exercice de la psychiatrie, et enfin s'attarder sur la première cause de mortalité en milieu carcéral : le suicide.

2.1 Etudes épidémiologiques des troubles psychiatriques en milieu carcéral et facteurs explicatifs

Plus de dix millions de personnes sont actuellement incarcérées dans le monde. Il y a eu une augmentation considérable du taux d'incarcération durant ces dix dernières années. Il y aurait actuellement dans le monde 145 détenus pour 100 000 habitants. Le plus fort taux d'incarcération parmi ces pays revient aux USA avec 756 détenus pour 100 000 habitants (21).

Les études épidémiologiques sur la santé psychiatrique des détenus sont malheureusement peu nombreuses, alors même que le rapport sur la santé mentale des personnes détenues écrit par le Sénat montre que la prise en charge des troubles psychiatriques en prison est une priorité de santé publique qu'on ne peut plus ignorer (22).

L'objectif de cette partie est d'avoir un état des lieux de la santé mentale chez les personnes détenues, la partie clinique et les conséquences de l'environnement carcéral sur la santé mentale seront évoquées dans une partie suivante.

➤ International

Au niveau international, une très grande étude sur 23 000 prisonniers (en 2002)(23), puis sur 33588 détenus (en 2012)(24) a été menée, permettant d'avoir pour la première fois un aperçu de la situation carcérale au niveau mondial.

La dernière étude de 2012 est intéressante notamment parce qu'elle inclut pour la première fois des données des pays à bas et moyens revenus.

Les résultats principaux de cette étude ont permis d'établir une prévalence groupée de la psychose de 3,6% (IC à 95% de 3,1 à 4,2) chez les détenus de sexe masculin et 3,9% (IC à 95%) 2,7–5,0) chez les détenues de sexe féminin. A noter qu'il y avait des niveaux élevés d'hétérogénéité entre les études, dont certaines s'expliquent par des études dans les pays à revenus faibles ou intermédiaires déclarant des

prévalences plus importantes de troubles psychotiques (5,5%, IC à 95% 4,2–6,8 ; P = 0,035 pour la méta-régression).

La prévalence commune de la dépression majeure était de 10,2% (IC à 95% de 8,8 à 11,7) chez les détenus de sexe masculin et de 14,1% (IC à 95% de 10,2 à 18,1) chez les détenues de sexe féminin.

La comparaison avec leur étude de 2002 a permis de montrer que la prévalence de ces troubles ne semblait pas augmenter avec le temps, en dehors du taux de dépression aux USA.

Table 1 Pooled prevalances for psychosis and major depression in prisoners		
Variable	Psychosis, % (95% CI)	Major depression, % (95% CI)
Overall	3.7 (3.2–4.1)	11.4 (9.9–12.8)
Gender of inmates		
Male	3.6 (3.1–4.2)	10.2 (8.8–11.7)
Female	3.9 (2.7–5.0)	14.1 (10.2–18.1)
Prisoner status		
Sentenced prisoners	3.7 (3.0–4.2)	10.5 (8.8–12.1)
Remand prisoners (detainees)	3.5 (4.2–6.8)	12.3 (9.5–15.1)
Country		
Low/middle income	5.5 (4.2–6.8)	22.5 (10.6–34.4)
High income	3.5 (3.0–3.9)	10.0 (8.7–11.2)

Comme le faisait remarquer cette étude dans la discussion, une étude complémentaire était nécessaire sur les pays de moyens et bas revenus, d'autant plus que 70% des détenus au niveau mondial sont incarcérés dans des prisons de pays à moyens et bas revenus (25).

En Avril 2019, est sortie à point nommé une revue systématique et méta-analyse sur les pathologies mentales sévères et les abus de substances dans les pays à moyens et bas revenus(25). Cette étude montre une prévalence de 6,2% (95% CI 4.0–8.6) pour les psychoses, 16.0% (11.7–20.8) pour dépression majeure, 3.8% (1.2–7.6) pour troubles liés à la consommation d'alcool, et 5.1% (2.9–7.8) pour troubles liés à la consommation de drogue. Il est à noter dans cette étude qu'il y a des variations importantes de prévalence en fonction des lieux de détention et des régions géographiques pour les troubles liés à l'usage de substances.

Les ratios de prévalence indiquent un taux substantiellement plus élevé de troubles mentaux sévères et de troubles liés à l'usage de toxiques parmi les prisonniers

comparé à la population générale : la prévalence de psychose non affective était environ 16 fois plus forte, celles des dépressions majeures et les troubles liés à l'usage de drogues illicites étaient toutes les deux 6 fois plus élevées, et la prévalence de troubles liés à l'usage d'alcool était double comparée à la population générale.

La différence importante entre les taux rapportés par l'étude de Fazel qui porte principalement sur des pays à hauts revenus et l'étude de Baryani qui porte sur les pays à moyens et bas revenus peut être expliquée par le contexte socio-économique, les conditions d'incarcération, le système de santé, les privations des droits de l'homme ainsi que par les nombreux traumatismes qui peuvent avoir lieu avant ou pendant l'incarcération.

D'autres études sont cependant nécessaires pour pouvoir conclure sur la prévalence réelle des troubles psychiatriques en détention.

➤ National

Au niveau national, le nombre d'études est très faible sur la prévalence des troubles psychiatriques en prison. La première étude majeure qui a traité de ce sujet a été publiée en 2003 (rapport DRESS (26), qui a fait suite à une première étude en 1997).

Un peu plus de trois entrants en prison sur dix déclarent une consommation excessive d'alcool, le tiers des nouveaux détenus déclare une consommation prolongée et régulière de drogues illicites au cours des douze mois précédant leur incarcération.

Selon les statistiques de l'administration pénitentiaire, au 1^{er} Janvier 2004, 14% des condamnations étaient liés à titre principal, à des infractions à la législation sur les stupéfiants.

A l'arrivée en prison, près d'un entrant sur sept dit avoir un traitement en cours par médicament psychotrope (dans la plupart des cas un traitement par anxiolytique et hypnotique).

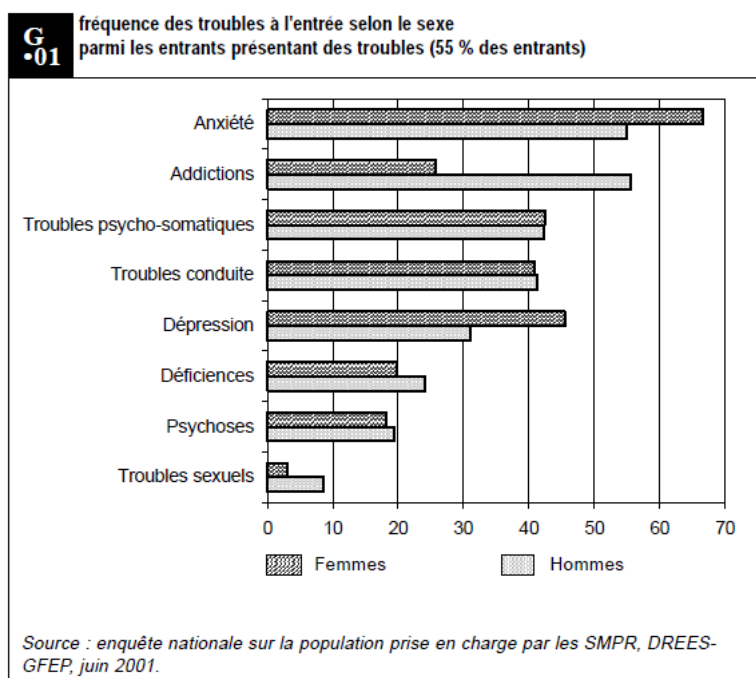
Près d'un entrant en prison sur dix déclare avoir été régulièrement suivi par un psychiatre, un psychologue ou un infirmier psychiatrique au moins une fois par trimestre ou avoir été hospitalisé en psychiatrie dans les douze derniers mois précédant son incarcération.

Un nouveau détenu sur dix-sept déclare avoir fait une tentative de suicide dans les douze mois précédant son incarcération.

5,1% des entrants déclarent à l'arrivée en prison un traitement par antidépresseurs et 4,5% un traitement par neuroleptiques.

Au total en 2003, plus d'un entrant en prison sur deux (54%) est ainsi appelé à voir un professionnel spécialisé en santé mentale, alcoologie ou toxicomanie.

Dans ces études qui se sont centrées sur les troubles psychiatriques en prison et leur prise en charge, il a été constaté que 55% des entrants présentaient des troubles psychiatriques de gravité plus ou moins importantes. Parmi ces détenus atteints de trouble psychiatriques : les troubles anxieux représentent 55%, les troubles addictifs (tendances addictives, consommation d'alcool) 54%, les troubles psychosomatiques (incluant les troubles du sommeil et de l'alimentation) 42%, les troubles des conduites (impulsivité, tendance au passage à l'acte, colère, conduite antisociale, excitation psychomotrice...) : 42%.



Ces chiffres correspondent aux pourcentages des différents troubles psychiatriques parmi les 55% des détenus en présentant, on peut donc les diviser par 2 quasiment pour avoir une estimation de la prévalence sur l'ensemble des détenus, cela rejoint donc à peu près les pourcentages trouvés à l'internationale dans les études de Fazel propres aux pays à hauts revenus.

A la suite de cette étude, le ministère de la Santé et de la justice a demandé une étude de prévalence des troubles psychiatriques en prison, avec une méthodologie bien définie : diagnostic basé sur le DSM4 avec un haut degré de fiabilité, avec une clinique significative garantie par un avis sénior et un minimum de 3 niveaux de sévérité. C'est dans cette objectif qu'a été publiée l'étude de Falissard en 2006 (27), qui, pour la première fois, a permis d'évaluer la prévalence des troubles psychiatriques en détention avec une méthode plus fiable que les études faites par le passé au niveau national.

Les taux de prévalence pour chacun des diagnostics, l'un correspondant au diagnostic donné indépendamment par les 2 praticiens, et l'autre pour un diagnostic consensuel des 2 cliniciens sont : 3,8% (6,2%) pour la schizophrénie, 17,9% (24%) pour trouble dépressif majeur, 12,0% (17,7%) pour les troubles anxieux généralisés et 10,8% (14,6%) pour les troubles liés à l'usage de drogue.

Rappelons que les chiffres de prévalence des troubles psychiatriques dans la population française sont ceux-ci : entre 0,6% et 1% pour la schizophrénie, 5% pour trouble dépressif, 5% pour les troubles anxieux généralisés (28).

Une étude menée entre 2015 et 2017 dans le Nord-Pas-de Calais par Plancke L en collaboration avec l'ARS (29) a justement cherché à comparer la prévalence des troubles psychiatriques en détention à celle d'un milieu ouvert. Il a été montré que tous les troubles sont plus fréquents en milieu carcéral qu'en milieu ouvert.

La différence frappante entre les chiffres de prévalence relevés dans le milieu carcéral, que ce soit au niveau international ou national, et les chiffres de prévalence dans la population générale peuvent s'expliquer par plusieurs facteurs développés ci-dessous.

➤ Explication des chiffres

1) La désinstitutionalisation

La désinstitutionalisation, comme décrit dans l'article d'Ailam et Al. (30), est définie par l'éviction des institutions traditionnelles des malades mentaux et la fermeture progressive de ces lieux, avec une augmentation simultanée d'installations thérapeutiques dans la communauté et une mise en place d'actions de prévention d'hospitalisation. Ce mouvement né à la fin du 20^e siècle, fait suite au mouvement désaliéniste marqué par le développement de l'hospitalisation libre et de la délivrance des soins en ambulatoire, et est à l'origine également de la création du « secteur » en 1960.

Le but de ce processus de désinstitutionalisation est de sortir les malades psychiatriques des hôpitaux, de réorganiser le système de soins en ambulatoire afin de favoriser la réintégration des malades mentaux dans la cité.

Selon cet article(30), on peut retenir avec Rutman cinq critères à l'origine de ce mouvement :

- L'impact des thérapeutiques pharmacologiques a permis à l'hôpital de raccourcir la durée des hospitalisations
- L'organisation de programmes d'assistance psychiatrique extrahospitaliers, qu'il s'agisse des centres de santé mentale dans la communauté aux Etats Unis et en Angleterre, ou de la politique de secteur en France
- La critique de l'institution psychiatrique, largement diffusée par les médias grâce à l'action des professionnels ou de non professionnels
- Certaines réformes juridiques et certaines jurisprudences, liées à l'action d'associations de malades ou d'anciens malades

Dans la période 1985-2005, concomitante à la révision du Code Pénal avec, entre autres, la création de l'art 122-1 et à la consécration législative de la distinction entre abolition et altération du discernement, la capacité d'hospitalisation en psychiatrie générale est passée de 129 500 lits à 89800 lits (21).

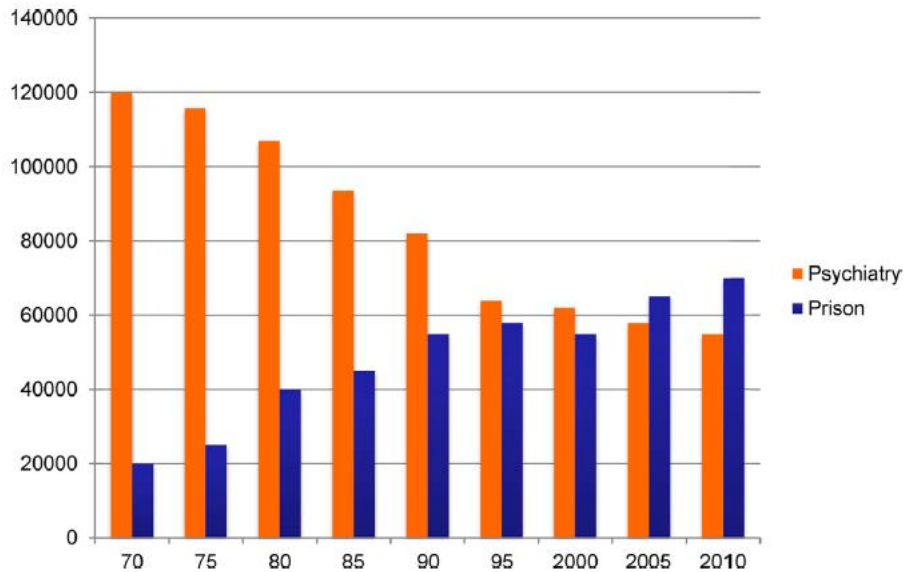


Fig. 1. Évolution du nombre de lits d'hospitalisation en psychiatrie et du nombre de places en prison en France.

Plusieurs études (31) (32) cherchant à expliquer les raisons de l'augmentation des troubles psychiatriques en prison l'expliquaient par ce mouvement de désinstitutionalisation. La diminution du nombre de lits et donc du nombre d'hospitalisations entraîne une prise en charge en ambulatoire plus importante. On peut alors envisager que la prise en charge en ambulatoire ne convient pas à tous les patients, notamment ceux qui ont un risque de trouble du comportement majoré. Dans ce contexte ambulatoire, une rencontre avec la justice est plus fréquente, et les irresponsabilités étant de plus en plus rares, les patients psychiatriques se retrouvent facilement incarcérés. Cet effet de vase communicant de l'hôpital psychiatrique à la prison est à déplorer.

2) Une réponse judiciaire de plus en plus accélérée

Devant des tribunaux de plus en plus débordés et une augmentation de la pénalisation de certains délits, les procédures au tribunal ont changé ces dernières années. La détention provisoire est de plus en plus fréquente, et surtout la procédure de comparution immédiate - comme le critiquent de nombreux textes (33)- ne laisse pas la possibilité ni le temps aux personnes souffrant de troubles psychiatriques de

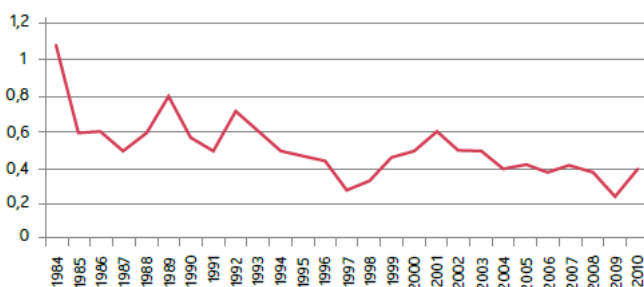
s'exprimer sur leur suivi ou leur difficulté. Les demandes d'expertises se font donc rares dans ces procédures de comparution ; de plus, même quand elle est demandée, l'expertise n'est pas une condition suspensive à la détention provisoire.

3) La diminution des irresponsabilités pénales et la crise de l'expertise psychiatrique

Une constatation a pu être faite depuis plusieurs années par les professionnels de la justice et de la santé : les irresponsabilités pénales sont de moins en moins fréquentes.

Ce phénomène de diminution des irresponsabilités a été étudié par Protais C (34) (35). A travers l'étude de plus de 270 expertises, elle a pu quantifier à la fois la décroissance importante du nombre d'irresponsabilités depuis 1984, et les raisons de cette évolution.

► Évolution des décisions d'irresponsabilité pour cause de trouble mental (1984-2010)



Rappelons le cadre législatif de l'irresponsabilité pénale :

- A partir de 1810, l'article 64 du Code Pénal stipule : « 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 [*force majeure*]. (4)
- A partir de 1994, l'article 122-1 qui vient remplacer l'article 64 du Code Pénal précise : « 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. » (9)

Comment expliquer cette division par 4,3 des non-lieux pour cause de troubles mentales entre 1984-2010 ?

La responsabilisation progressive des malades mentaux ayant commis des infractions s'explique par des représentations cliniques, philosophiques et morales variant selon les époques et les professionnels.

Durant les années 1950, tout patient ayant un trouble psychotique était quasiment automatiquement considéré comme irresponsable au sens de l'article 64. Durant cette période, la prise en compte de facteurs de décompensation n'existait pas. La psychose sous toutes ses formes était examinée, les débats entre experts portaient sur les troubles du comportement ou la psychopathie.

L'apparition de différents courants dans l'histoire de la psychiatrie va marquer une évolution importante de la vision de la psychose par la psychiatrie. L'approche phénoménologique naît dans les années 1950, puis la psychanalyse dans les années 60 à 80. Ces différents courants amènent un changement dans la vision du malade mental criminel. La folie devenant progressivement explicable et compréhensible aux yeux de la société, le malade mental bénéficiant toujours de certaines capacités malgré ses troubles mentaux.

Progressivement la question du diagnostic de pathologie psychiatrique ne va plus être centrale dans les expertises, c'est la question de la décompensation qui va le devenir : avoir une maladie mentale « ne suffit plus » pour être irresponsabilisé.

La vision de l'hôpital psychiatrique par cette génération est très négative, l'hôpital psychiatrique est vu comme un outil de rejet social et de chronicisation du sujet, et à l'inverse, la reconnaissance de responsabilité via le procès permettrait d'humaniser le malade en le reconnaissant comme un sujet de droit.

A cela s'ajoute, à partir des années 1990, des affaires emblématiques et très médiatisées de crimes commis par des malades mentaux. Notamment avec l'affaire Romain Dupuy - patient schizophrène qui a assassiné 2 infirmières à Pau- la possibilité d'irresponsabilité pénale dans des affaires entraînant autant d'émotion auprès de l'opinion publique est peu acceptée.

La question de l'irresponsabilité ne peut se traiter sans évoquer la question de l'expertise, qui lui est intimement liée.

Rappelons que l'expertise psychiatrique est obligatoire en matière criminelle, et à la demande du juge en matière correctionnelle. L'examen médical ou l'expertise ne lie jamais le juge mais il détermine néanmoins largement son choix. Comme le dit Maître Zagury lors de sa conférence sur la Procédure pénale (36), « l'expertise psychiatrique est cruciale dans un dossier, c'est ce qui va faire pencher la balance ».

Trois types de situations peuvent expliquer la condamnation de personnes dont le trouble mental aurait pu pourtant justifier l'irresponsabilité pénale :

- L'expertise fait défaut comme tel est très souvent le cas dans le cadre de procédures de jugement rapides, et l'intéressé, faute d'une évaluation de son discernement au moment des faits, se verra condamné ;
- L'expertise est insuffisante ou contredite par une expertise précédente et, face à ces incertitudes, le tribunal correctionnel ou la cour d'assises tendront à se prononcer en faveur de la responsabilisation
- L'expertise conclut résolument, pour des raisons théoriques ou pratiques, en faveur d'une responsabilisation pénale.

La pratique de l'expertise a beaucoup évolué durant ces 50 dernières années, passant de la question du diagnostic à la question de la décompensation.

La pratique expertale psychiatrique est en crise à l'heure actuelle en France : les experts psychiatres sont de moins en moins nombreux et donc de plus en plus surchargés, la qualité des expertises est de plus en plus controversée, le manque de formation dédiée est déploré...

Dans son article (37), Rossinelli G suggère quelques pistes de travail afin d'améliorer cette situation critique : l'amélioration du statut de l'expert, la création d'un DESC de psychiatrie médico-légale pour permettre aux nouvelles générations de se former à cette pratique, la clarification des relations entre la psychiatrie et la justice, la nécessité d'une création d'une fédération nationale de psychiatrie médico-légale...

Cependant, aucune réponse au niveau politique et législatif n'a été apporté jusqu'à présent, cette crise de l'expertise ayant pourtant de lourdes conséquences sur les

détenus et sur le milieu carcéral, qui doit, de ce fait, remplir le rôle des institutions psychiatriques sans en avoir forcément les moyens.

4) Aggravation de la peine en cas de d'atténuation de la responsabilité

L'introduction de l'alinéa 2 dans l'art 122-1 a été bien reçue initialement, introduisant la possibilité lors d'une évaluation psychiatrique que tout ne soit pas blanc ou noir : « responsable pas fou » ou « irresponsable fou ». Cependant, l'effet de cet article sur les juges populaires n'avait pas été anticipé : plutôt que de diminuer la peine ce qui était l'objectif initial de cet alinéa, la peur de la récidive et de laisser un « demi-fou » sortir plus tôt de prison, a poussé les juges à allonger les peines en cas d'atténuation de la responsabilité.

L'absence d'études faites sur ce sujet est à déplorer, mais le corps judiciaire s'accorde à dénoncer cet effet pervers de l'alinéa 2. D'où la naissance de la loi n° 2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines (38) et renforçant l'efficacité des sanctions pénales. En effet, elle prévoit une réduction de la peine en cas d'atténuation : réduction d'un tiers quand est encourue une peine privative de liberté, et une peine privative de liberté de trente ans maximum en cas de crime puni par de la détention criminelle à perpétuité. Cette évolution a mis un terme à la pratique antérieure qui tendait à faire de l'altération du discernement résultant d'un trouble psychique ou neuropsychique une circonstance aggravante et, par conséquent, à alourdir les peines au lieu de les alléger, pratique qualifiée de discriminatoire par l'ONG Human Right Watch (39).

Néanmoins, ces effets sur les peines en cas d'altération du discernement n'ont pas encore été étudiés depuis la modification de cet article de loi.

5) L'impossible demande de suspension de peine pour cause psychiatrique

La suspension de peine pour raison médicale (SPRM) a été introduite par la loi du 4 Mars 2002 (11) relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, dite loi Kouchner (40): « La suspension peut également être ordonnée, quelle que

soit la nature de la peine ou la durée de la peine restant à subir, et pour une durée qui n'a pas à être déterminée, pour les condamnés dont il est établi qu'ils sont atteints d'une pathologie engageant le pronostic vital ou que leur état de santé est durablement incompatible avec le maintien en détention, hors les cas d'hospitalisation des personnes détenues en établissement de santé pour troubles mentaux. » .

Comme le montre David M. dans son article (41), l'interprétation fautive de cet article a entraîné une autocensure de demande de suspension de peine pour raisons psychiatriques.

À la suite d'une visite en décembre 2012 à la prison de Fresnes, les ministres de la Santé et de la Justice ont annoncé la constitution de groupes de travail, dont un sur la question de la suspension de peine pour raison médicale. Dans ce rapport, ils constatent la difficulté de prononcer une suspension de peine pour les personnes détenues souffrant de troubles mentaux et hospitalisées en établissements spécialisés, situation qui a été écartée dès la rédaction de la loi du 4 Mars 2002. A la fin de ce rapport, les rédacteurs recommandent une modification de la loi et une suppression des termes «hors les cas d'hospitalisation des personnes détenues en établissement de santé pour troubles mentaux », afin de mieux prendre en compte les suspensions de peines pour troubles psychiatriques, celles-ci étant inexistantes, et quasiment plus demandées par les psychiatres exerçant en milieu carcéral par découragement.

A cet égard, il sera utilement rappelé que l'article 720-1-1 du code de procédure pénale, a été modifié par la loi n°2019-222 du 23 mars 2019 (42), permettant enfin la suspension d'une peine d'emprisonnement «quelle que soit la nature de la peine ou la durée de la peine restant à subir, et pour une durée qui n'a pas à être déterminée, pour les condamnés dont il est établi qu'ils sont atteints d'une pathologie engageant le pronostic vital ou que leur état de santé physique ou mentale est durablement incompatible avec le maintien en détention.». Or, les suspensions de peine accordées à des personnes détenues pour incompatibilité de leur état de santé mentale avec le maintien en détention demeurent trop rares, notamment faute d'un repérage pertinent des personnes susceptibles d'en bénéficier (expertises insuffisantes, personnel mal formé) et de l'absence de structure d'accueil.

Pour conclure cette partie, voici une citation de David Zagury, assez représentative des différents facteurs cités ci-dessus :

« J'illustrerais cette évolution profonde de la jurisprudence expertale par un cas qui me semble absolument archétypique : c'est celui d'un homme qui a mis le feu dans l'hôtel où il vit. Il est représentatif du mouvement de la psychiatrie française vers la désinstitutionalisation. Voilà un homme qui a passé de longues années à l'hôpital psychiatrique et qui vit désormais à l'hôtel, bénéficiant d'une allocation adulte handicapé, d'un traitement neuroleptique retard, d'une mesure de protection des biens, d'un suivi régulier par l'équipe de secteur. Quand il a un coup de cafard, il boit. Il s'est disputé avec un autre client de l'hôtel et, dans un mouvement de colère, il a mis le feu. A tort ou à raison, j'ai estimé que son cas ne justifiait pas de conclure à l'abolition du discernement et j'ai retenu l'altération du discernement. Son acte n'était pas en rapport direct avec une activité délirante mais avec l'expression d'un trouble du caractère. Pourtant le diagnostic de psychose chronique est absolument indiscutable, conforté par son dossier psychiatrique. Un psychiatre des années soixante aurait certainement conclu sans hésitation à l'état de démence : cet homme serait resté dans un service hospitalier. A l'inverse, mon attitude me semble parfaitement logique, dans le mouvement de tout le travail fait dans le sens de la désaliénation, par trois générations de psychiatres depuis la guerre. Nous n'avons pas à rougir de cette évolution, comme le rapportait en termes forts et justes, notre collègue Denis Leguay : « Oui, nous avons évolué. Nous ne sommes peut-être plus prêts à accorder, sans plus de raison, le bénéfice d'un déterminisme psychologique à des personnes qu'hier, une histoire lourde, quelques symptômes, une structure « psychopathologique » nous auraient fait ranger dans la catégorie des irresponsables. Nous partageons d'ailleurs cette évolution avec les juges et les jurys populaires. Et d'ailleurs, n'est-ce pas aussi la conséquence des leçons de l'histoire (Hitler aussi a eu une enfance malheureuse !) et de la reconnaissance de la violence pour ce qu'elle est : un mal qui se combat et qui ne s'excuse que lorsque réellement des phénomènes absolument impérieux, intérieurs au sujet, se sont imposés à lui » ».

Daniel Zagury, « Irresponsabilité pénale du malade mental : le rôle de l'expert » (43)

La surreprésentation des troubles psychiatriques en milieu carcéral ne peut être remise en question, malgré le faible nombre d'études à déplorer, les résultats de celles-ci montrent une différence majeure avec la population générale. La recherche de facteurs explicatifs reste importante afin de lutter contre cette problématique de santé publique. Ce glissement progressif du soin en milieu hospitalier vers les soins en milieu carcéral, et cet effet de vase communicant entre l'hôpital et la prison est dangereux et pointe du doigt les défaillances de notre système de santé et de notre système juridique, accroissant ainsi les inégalités entre personnes avec troubles psychiatriques/personnes n'ayant pas de troubles psychiatriques.

Dans le paragraphe suivant, nous allons davantage nous concentrer sur les spécificités cliniques de la psychiatrie en milieu carcéral.

2.2 Clinique en milieu carcéral et facteurs de décompensation liés à l'incarcération

Nous avons pu montrer dans la partie précédente la surreprésentation des troubles psychiatriques en prison par rapport à la population générale, nous allons maintenant nous intéresser à la clinique psychiatrique en soi. Est-elle différente dans le milieu carcéral que dans un milieu ouvert ? Et si oui, comment ? Quelle est l'importance des addictions ? Est-ce les troubles psychiatriques qui entraînent l'incarcération ou l'incarcération qui fait naître des troubles psychiatriques ?

Nous allons essayer de répondre à ces différentes questions, en décrivant dans un premier temps les différences cliniques, puis en s'attardant sur les problèmes d'addiction, et enfin sur la question de la dangerosité.

2.2.1 Particularités cliniques en milieu carcéral selon les différentes études :

Les débats sur l'existence d'une clinique psychiatrique carcérale sont anciens et à la fois toujours d'actualité, d'autant plus maintenant que l'importance des troubles psychiatriques en prison a été dénoncée.

Le milieu carcéral a cette particularité d'amplifier toutes les difficultés préexistantes en milieu libre, de quelle que nature qu'elles soient, au point de les caricaturer.

A partir des articles de Bodon M (32) et Senon JL (31), nous allons décrire ces particularités cliniques, en essayant de les illustrer par des exemples rencontrés en milieu carcéral.

➤ Le choc carcéral :

Un facteur important à prendre en compte lorsqu'on aborde la clinique psychiatrique en milieu carcéral est le temps. Ce n'est pourtant pas la première chose que l'on évoquerait quand on pense aux difficultés de l'incarcération, et pourtant. Lors d'un procès en comparution immédiate, la mise en garde à vue peut se faire le lundi, et le jeudi l'incarcération a lieu. En 4 jours, tous les repères de l'individu disparaissent.

C'est dans cette période-là que peut survenir ce qu'on appelle le choc carcéral. Ce terme de choc carcéral est souvent utilisé, mais assez mal défini. Dans un rapport sur « L'évaluation de la souffrance psychique en détention »(44), il est défini comme la première tranche de vingt-huit jours de détention, qui est marquée par : la perte de contact avec les proches, la nécessité de renoncer aux habitudes les plus élémentaires, la perte de la notion d'autonomie, la découverte d'un environnement et de ses règles spécifiques. Il a pu être établi, grâce à ce rapport, que c'est pendant cette période que la souffrance psychique est la plus importante.

Cette perte totale de repères peut entraîner chez des personnes fragiles des épisodes délirants, ou encore des crises suicidaires, c'est un moment critique à surveiller particulièrement.

➤ Trouble psychotique en détention :

La psychose en milieu carcéral peut prendre des formes très diverses, tout comme en milieu libre. Cependant, nous envisageons 2 types de « profils » de patients psychotiques :

- Ceux qui sont connus des services psychiatriques, qui ont déjà eu des antécédents d'hospitalisation sur le secteur, qui sont plus ou moins suivis par le CMP.

Pour eux, la clinique et la prise en charge se rapprochent de celle du milieu ouvert, les patients connaissent souvent leur pathologie, ils ont l'habitude de prendre des traitements de façon quotidienne. Ils sont souvent incarcérés parce qu'il n'y a pas eu d'irresponsabilité prononcée.

- Ceux qui n'ont aucun antécédent psychiatrique, qui n'ont même quasiment jamais vu de psychiatre de leur vie. Ils vont durant leur incarcération faire un premier épisode délirant, simple BDA ou entrée dans la schizophrénie, on ne le saura que par la suite. Comme le décrit Bodon (32) dans son article « Psychiatrie en milieu carcéral », ce sont des patients sans antécédents avec une personnalité fragile, et qui vont décompenser de façon brutale sur un mode délirant et hallucinatoire avec une participation thymique forte, les thématiques délirantes étant en relation directe avec les problématiques carcérales. L'anxiété est importante et un risque hétéro ou auto-agressif est relevé. Selon les classifications, ces épisodes sont à rapprocher des psychoses réactionnelles brèves ou de la classique bouffée délirante aiguë. *A titre d'exemple, pour illustrer cette notion de « psychose carcérale », nous pouvons citer Mr M, patient de 20ans (qui fait partie des patients hospitalisés en SPDRE D398 sur l'année 2019) sans antécédent psychiatrique, qui, lors du premier entretien, présente des idées délirantes à thématique persécutoire, centrées sur le fait que quelqu'un aurait mis un contrat sur sa tête pour des conflits autour de stupéfiants, et qui devant l'évidence qu'il allait mourir, disait préférer mettre fin à ses jours directement. Quelle est la part de la réalité de la prison dans ce qu'il décrivait ? Tout pouvait être délirant comme tout pouvait être vrai. La prison a tendance à faire éclore des processus délirants à*

thématique persécutoire principalement, ceci ne peut pas se prendre en compte sans contextualiser le domaine carcéral : enfermement, absence totale de liberté, surveillance permanente...

Les héboidophrènes, association d'une trouble schizophrénique avec des caractéristiques psychopathiques se retrouvent aussi très souvent pris en charge en milieu carcéral.

➤ Troubles de la personnalité (32)

Au-delà des pathologies psychiatriques « classiques », des psychoses aux troubles de l'humeur, s'esquisse une clinique du passage à l'acte ou mieux encore une clinique de l'agir.

Toutes les études internationales (23,24) soulignent l'importance dans les établissements pénitentiaires des détenus présentant des personnalités pathologiques, personnalités antisociales pour le DSM-V, personnalités limites à expression psychopathique ou psychopathologies de carence s'exprimant essentiellement par le passage à l'acte.

Parmi ces personnalités pathologiques, nous pouvons en décrire quelques-unes particulièrement fréquentes en milieu carcéral.

Les personnalités à expression psychopathique sont avant tout une population de sujets symptomatiques « bruyants ». De la clinique qui se base sur une immaturité, une impulsivité et une intolérance à la frustration, plusieurs troubles définis par le DSM5 peuvent s'exprimer de cette manière dans le contexte carcéral.

Devant la difficulté à caractériser ce qu'on appelle communément les « psychopathes », ou encore comme les appelait à l'époque Dupré les « déséquilibrés psychiques », l'HAS a, en 2006, publié des recommandations pour la

prise en charge de la psychopathie(45), qu'ils appellent les « personnalités à expressions psychopathiques ». D'un point de vue clinique, ces personnalités à expression psychopathique sont caractérisées par une impulsivité, une tendance à transgresser, aux mensonges, à la manipulation, mais surtout une absence quasi-totale d'empathie. Les psychopathes ont un soi « grandiose ».

Les troubles de la personnalité borderline sont définis par trois grandes dimensions fondamentales d'instabilité (28) : affective, interpersonnelle et de l'image de soi. A ces éléments d'instabilité s'ajoutent deux autres dimensions cliniques bruyantes à expression intermittente : des troubles du comportement liés à l'impulsivité, et la possible survenue en situation de stress de symptômes dissociatifs sévères. Cette instabilité associée à ces troubles du comportement dans un contexte clos comme la prison peut être difficile à contenir.

Les personnalités paranoïaques sont définies par l'association de 4 caractéristiques : hypertrophie du moi, méfiance, fausseté du jugement, inadaptation sociale (46). Cet aspect particulièrement rigide de leur personnalité fait qu'on les qualifie souvent de tyran. Les paranoïaques ont tendance à décompenser sur mode projectif délirant.

Ces différents troubles de la personnalité, particulièrement présents en milieu carcéral du fait de leur impulsivité et tendance à la transgression, nécessitent une prise en charge individualisée et soutenue durant leur incarcération et à leur sortie.

➤ Trouble dépressif :

Comme l'explique Senon JL. dans son article (47), le trouble dépressif dans un milieu comme la prison peut prendre des formes différentes d'un épisode dépressif caractérisé, classiquement décrit par le DSM5. Bien entendu les critères principaux sont toujours présents, cependant le ralentissement psychomoteur est souvent moins important, la culpabilité plus difficile à identifier, et l'humeur semble souvent adaptée

aux conditions d'incarcération. Pourtant il faut être particulièrement attentif au trouble dépressif lors de l'incarcération, facteur déclenchant majeur d'un passage à l'acte suicidaire, qui comme nous allons le voir par la suite, est la première cause de décès en détention.

Senon JL a identifié 2 formes souvent présentes de troubles dépressifs en détention : des troubles dépressifs réactionnels (détention provisoire, absence de parler...), et des dépressions de type abandonnique. Le contexte carcéral est particulièrement favorable à cette dernière du fait de l'éloignement familial, du manque de contact, de l'enfermement...

➤ Troubles anxieux et troubles du sommeil

L'anxiété et les insomnies font parties des principales demandes de consultation au sein de la prison. Le changement d'environnement, l'absence de silence, le manque d'activité physique favorise largement les troubles du sommeil. Quant à l'anxiété, il suffit de voir à quoi ressemble une journée classique en détention pour comprendre l'environnement totalement anxiogène qu'est le contexte carcéral. La difficulté de prise en charge des troubles anxieux et des troubles du sommeil est de ne pas trop prescrire d'anxiolytique et d'hypnotique, afin de ne pas développer des dépendances lors de l'incarcération.

Comme le rappelle Fovet T. dans son article « Psychotropes en milieu pénitentiaire » (48), plus de la moitié des détenus bénéficie d'un traitement psychotrope, l'une des plaintes les plus fréquente étant l'insomnie. Cependant, les règles de prescription à appliquer sont les mêmes qu'en milieu ouvert, et doivent respecter l'AMM.

➤ Automutilation :

L'approche du corps est différente lorsque l'on est incarcéré, privé de liberté, la seule chose dont l'on dispose encore quasiment totalement est celui-ci. Il peut également être le dernier lieu d'expression possible, dans une cellule de 9 m² où l'on n'a pas forcément à disposition des feuilles et un crayon, ni l'envie de s'exprimer de cette

façon-là. Les scarifications en prison sont nombreuses et fréquentes, cela fait partie du quotidien des soignants de l'unité médicale. Plus ou moins graves et plus ou moins répétées, elles sont souvent l'expression de l'impulsivité des détenus, qui dans un contexte d'intolérance à la frustration, basée sur un fond d'immaturation affective, s'exprime et soulage leur douleur parfois de cette façon-là.

Lorsque l'on essaie de comprendre ces automutilations, les patients détenus restent souvent assez vagues, à la fois sur l'objectif de ce passage à l'acte, et sur ce que cela leur apporte. On peut prendre l'exemple de Mr B. , patient connu du SPAD, qui lors d'une de ses visites à l'UCSA, s'est mutilé en plein milieu du couloir car on n'accédait pas à une de ses demandes, qui était de voir sa psychiatre à ce moment-là. Lors de l'entretien qui a suivi, Mr B n'a pu expliquer pourquoi il a fait ça, ni pourquoi c'était à ce moment-là si important de voir sa psychiatre. Mr B fait partie de ces détenus qui sont régulièrement pris en charge dans l'unité médical pour des scarifications, malgré la mise en place d'un suivi psychothérapeutique, psychiatrique et des activités du CATPP, le facteur déclenchant de ces automutilations reste toujours difficile à identifier.

D'autres détenus cependant s'automutilent dans un but de revendication, ce qui est assez fréquent dans un contexte carcéral où l'on peut se sentir très peu écouté. Des actes forts comme se coudre la bouche, sont présents et dénoncent souvent des conditions d'incarcération difficilement supportables. L'autre acte d' « automutilation » très présent est la grève de la faim, acte de protestation si fréquent qu'un protocole particulier est mis en place pour le prendre en charge.

2.2.2 Conduites addictives

La surreprésentation des usagers de drogues illicites et d'alcool en milieu carcéral est connue depuis longtemps. Devant ce problème majeur, le ministère de la Santé et de la Justice a réalisé en 2003 une enquête sur la prise en charge des addictions en prison (26). Celle-ci conclut que le repérage des situations d'abus et/ ou de dépendance, quel que soit le produit psychoactif n'est pas effectué de façon

systematique. En matière de traitement de substitution aux opiacés, le principe d'équivalence des soins avec l'extérieur est pointé comme étant défaillant, et la sortie de prison représente le moment de prise en charge le plus problématique.

La prise en charge des conduites addictives est assurée dans la plupart des établissements par les CSAPA, qui sont des établissements de santé exerçant également en milieu libre. Les missions du CSAPA sont : l'accueil, l'information, l'évaluation médicale, psychologique et sociale puis l'orientation pour une prise en charge, la réduction des risques liés à la consommation, la prescription et le suivi des traitements.

Malheureusement l'accès à cette aide n'est pas équivalent dans tous les établissements pénitentiaires et la prise en charge n'est pas toujours suffisante. Ce constat est d'autant plus préoccupant que les troubles addictifs augmentent les risques de passage à l'acte et les troubles du comportement, c'est ce que nous allons développer dans le paragraphe suivant.

2.2.3 Dangerosité et passage à l'acte

La question du lien entre la dangerosité et les troubles psychiatriques peut se poser de deux façons avec une approche cause-conséquences différente : y a-t-il davantage de patients ayant des troubles psychiatriques en prison car avoir des troubles psychiatriques est un facteur de risque de passage à l'acte ? ou au contraire la question se pose en sens inverse : le contexte de la prison ne ferait-il pas décompenser des patients présentant des fragilités de base ? Les deux assertions sont vraies, c'est ce que nous allons étudier dans cette partie.

De nombreuses études portent sur la dangerosité psychiatrique, celle-ci fait débat dans notre société, particulièrement encline à une politique sécuritaire. Les quelques histoires « phares » de ces vingt dernières années, relayées largement par les médias, n'ont pas manqué de contribuer à cette vision du « fou-criminel » : Pau et les infirmières décapitées... L'intérêt est tel, également au niveau politique, qu'un rapport sur la dangerosité psychiatrique a été écrit par l'HAS en 2011 (45). Ce rapport portait

principalement sur l'évaluation de la dangerosité psychiatrique, celle-ci étant devenue insidieusement une des questions auxquelles l'expert psychiatre se doit de répondre lors de l'expertise pénale.

Les dernières études sur la dangerosité psychiatrique montrent que les patients présentant des troubles psychiatriques ont plus de risques d'être victime que d'être investigateur de violence.

La réalité documentée est que la très grande majorité des comportements violents sont le fait de sujets indemnes de troubles mentaux graves (troubles schizophréniques et autres troubles délirants, et troubles de l'humeur). En effet les personnes atteints de troubles mentaux graves seraient en lien avec 0,16 cas d'homicide pour 100 000 habitants et par an, alors que le taux d'homicide en population générale est de 1 à 5 pour 100 000 habitants et par an (49).

Selon le rapport HAS (50) voici les principaux facteurs de risque de passage à l'acte hétéro-agressif en fonction des pathologies :

Tableau 9. Facteurs associés à la violence hétéro-agressive chez les patients souffrant de troubles schizophréniques	
Facteurs généraux	Facteurs spécifiques
Facteurs sociodémographiques	Diagnostic actuel
<ul style="list-style-type: none"> - Âge jeune < 40 ans - Genre masculin - Statut économique précaire - Faible niveau d'éducation - Célibat 	<ul style="list-style-type: none"> - Schizophrénies de forme paranoïde - Abus ou dépendance aux substances psychoactives comorbide - Personnalité antisociale comorbide (hébédothymie)
Antécédents	Symptômes
<ul style="list-style-type: none"> - Antécédents personnels et familiaux judiciaires, de violence envers autrui ou d'incarcération - Antécédents d'abus ou de dépendance à l'alcool - Antécédents de « troubles des conduites » dans l'enfance ou à l'adolescence - Antécédents de victimation - Retard mental 	<ul style="list-style-type: none"> - Symptomatologie psychotique positive - Idées délirantes de persécution, de mégalomanie, de mysticisme, syndrome d'influence - Réveries diurnes d'agresser autrui, idéation et pratiques perverses - Menaces écrites ou verbales évoquant un scénario de passage à l'acte en cours de constitution - Fascination pour les armes - Méfiance et réticence - Participation émotionnelle intense - retrait social, émoussement affectif, désorganisation - Idées, fantasmes et propos de violence - Idées suicidaires - Symptomatologie dépressive - Dysfonctionnement frontal
Facteurs contextuels	Facteurs liés aux soins
<ul style="list-style-type: none"> - Être victime de violence dans l'année - Divorce ou séparation dans l'année - Sans emploi dans l'année 	<ul style="list-style-type: none"> - Défaut d'accès aux soins - Incapacité à demander de l'aide - Dénier des troubles et faiblesse de l'<i>insight</i> - Longue durée de psychose non traitée - « Pseudo-alliance thérapeutique » - Rupture du suivi psychiatrique - Non-observance médicamenteuse - Insuffisance du suivi au décours immédiat d'une hospitalisation

Tableau 10. Facteurs associés à la violence hétéro-agressive chez les patients souffrant d'un trouble de l'humeur

Facteurs généraux	
Facteurs sociodémographiques	Facteurs spécifiques
<ul style="list-style-type: none"> - Âge jeune < 40 ans - Genre masculin - Statut économique précaire - Faible niveau d'éducation - Célibat 	<ul style="list-style-type: none"> - Trouble bipolaire type 1 > type 2 - Épisode dépressif caractérisé - Abus ou dépendance aux substances psycho-actives associé - Personnalité antisociale associée - État mixte - Épisodes dépressifs récurrents brefs
Antécédents	Symptômes
<ul style="list-style-type: none"> - Antécédents personnels et familiaux judiciaires, de violence envers autrui ou d'incarcération - Antécédent d'abus ou de dépendance à l'alcool - Antécédent de « troubles des conduites » dans l'enfance ou à l'adolescence - Antécédents de victimation - Retard mental 	<ul style="list-style-type: none"> - Idées délirantes de ruine, de culpabilité, de grandeur ou mégalomaniaques ou idées délirantes non congruentes à l'humeur, persécution - Impulsivité, hostilité - Symptomatologie mélancolique - Idées suicidaires - Péjoration de l'avenir, incurabilité
Facteurs contextuels	Facteurs liés aux soins
<ul style="list-style-type: none"> - Être victime de violence dans l'année - Divorce ou séparation dans l'année - Sans emploi dans l'année 	<ul style="list-style-type: none"> - Défaut d'accès aux soins - Incapacité à demander de l'aide - Dénier des troubles et faiblesse de l'<i>insight</i> - Durée d'évolution avant le diagnostic - « Pseudo-alliance thérapeutique » - Rupture du suivi psychiatrique - Non-observance médicamenteuse - Insuffisance du suivi au décours immédiat d'une hospitalisation

Ces différents facteurs sont importants à connaître dans la pratique clinique quotidienne en milieu carcéral, de même qu'en milieu ouvert. Une prévention et une prise en charge de certains de ses facteurs pourraient permettre une diminution des passages à l'acte et donc une diminution des rencontres avec la justice, qui comme nous l'avons évoqué, se soldent rarement par une irresponsabilité.

En conclusion de cette partie sur la clinique psychiatrique en milieu carcéral, nous avons pu montrer dans un premier temps les différences avec la clinique psychiatrique en milieu ouvert, qui s'explique à la fois par des facteurs environnementaux mais aussi par la surreprésentation de certains troubles psychiatriques.

L'importance des addictions en milieu carcéral est flagrante, et on ne peut essayer d'améliorer les soins psychiatriques aux détenus sans prendre en considération cette composante importante, qui est de plus un facteur de risque de trouble du comportement. Enfin sur la question de la dangerosité, les études sont claires : lorsque l'on est atteint de troubles psychiatriques, on a un risque plus élevé d'être victime que d'être auteur de violence.

Cette vulnérabilité justement des personnes atteintes de troubles psychiatriques peut amener dans des cas extrêmes, mais hélas fréquent, à l'acte de s'ôter la vie. C'est ce que nous allons évoquer dans la partie suivante.

2.3 Le suicide

Le suicide est la première cause de décès en milieu carcéral, les comportements suicidaires sont largement plus fréquents dans la population carcérale qu'en milieu ouvert, malgré un accès en apparence « limité » aux moyens létaux.

L'étude la plus récente portant sur le taux de mortalité par suicide en population carcérale est celle de Eck et al 2019 (51), montrant des chiffres très inquiétants.

Les différentes études conduites à l'internationale, bien que très hétérogènes, sont unanimes sur une surmortalité par suicide en prison, avec un taux au minimum multiplié par un facteur 3,5, et au maximum par un facteur 8.

Au niveau national, le taux de suicide en population carcérale est 7 fois supérieur à celui observé en population générale. La mortalité des détenus a nettement progressé au cours des dernières décennies, passant de 2 pour 10 000 détenus en 1950 à 18,5 pour 10 000 pour la période 2005-2010.

L'identification des facteurs de risque amenant au suicide est importante afin de mettre en place une politique de prévention efficace en détention, et d'éviter cette première cause de décès qui est pourtant une cause évitable. Cependant les études visant à identifier les facteurs de risques de suicide en milieu carcéral sont difficiles à mener, notamment du fait d'un accès limité aux données cliniques et socio-démographiques des personnes incarcérées.

Les facteurs de risques identifiés sont :

- Facteurs individuels :

- Facteurs démographiques : sexe masculin, statut de marié et faible niveau d'éducation, l'origine caucasienne, à l'inverse l'origine afro-américaine ou le statut d'étranger serait un facteur de protection contre le suicide
- Facteurs psychosociaux : isolement social et relations familiales conflictuelles, on considère qu'un détenu qui reçoit régulièrement la visite de ses proches a deux fois moins de risques de mettre fin à ses jours qu'un individu qui n'en reçoit jamais. De même, les événements de vie négatif et/ ou stressant, en particulier les antécédents d'abus sexuel dans l'enfance chez les hommes constituent un facteur de risque important
- Facteurs cliniques : bien entendu les troubles psychiatriques sont au premier plan, ainsi que la prise de traitement psychotrope et les troubles liés à l'usage de substances
- Facteurs environnementaux : les mauvaises relations avec les autres détenus, le niveau d'isolement physique (15 fois plus de risque de mettre fin à ses jours dans une cellule disciplinaire que dans une cellule ordinaire), les relations de mauvaise qualité entre surveillants et détenus, la surpopulation carcérale, l'inactivité. Dans les facteurs protecteurs retrouvés, la présence d'un codétenu a pu être identifiée, d'où le dispositif souvent mis en place en détention pour la prévention du suicide qui est de mettre dans une cellule double.
- Facteurs criminologiques et judiciaires : la longueur de la peine est corrélée à un risque de suicide important. Par rapport au motif d'incarcération, les prisonniers qui se suicident le plus sont ceux incarcérés pour des crimes violents (auteurs d'homicide, de viol et d'autres violences sexuelles). Des périodes à risque ont également été identifiées : 72% des suicides surviennent au cours de la première année de détention (début d'incarcération et détention provisoire), et le risque est majoré à la réception d'une nouvelle accusation ou d'une nouvelle condamnation. Les antécédents d'incarcération constituent également un facteur de risque de suicide en prison.

De plus, certains facteurs de risque sont liés au contexte carcéral (voir tableau ci-dessous).

TABLEAU III

Facteurs de risque de suicide en milieu carcéral, d'après la méta-analyse de Fazel et collaborateurs [16]

Facteurs de risque	Force d'association Odds ratio (IC 95 %)¹
Isolement physique	9,1 (6,1-13,5)
Antécédents de tentatives de suicide	8,4 (6,2-11,4)
Antécédents psychiatriques	5,9 (2,3-15,4)
Prise de traitements psychotropes	4,2 (2,9-6,0)
Détention provisoire	4,1 (3,5-4,8)
Réclusion à perpétuité	3,9 (1,1-13,3)
Incarcération pour homicide	3,6 (1,6-8,3)
Trouble lié à l'usage d'alcool	3,0 (1,9-4,6)
Sexe masculin	1,9 (1,4-2,5)
Origine caucasienne	1,9 (1,7-2,2)
Statut « marié »	1,5 (1,3-1,7)

Les facteurs de risque sélectionnés sont classés par ordre décroissant, en fonction de la force avec laquelle ils sont associés au suicide en détention.

¹IC 95 % : intervalle de confiance à 95 %.

La connaissance et l'étude de ces facteurs de risques est primordiale afin de mettre en place des mesures efficaces pour contrer cette première cause de mortalité carcérale évitable.

Une bonne articulation entre l'équipe sanitaire et l'équipe de l'administration pénitentiaire est indispensable pour identifier ces différents facteurs de risques et mettre en place des mesures préventives efficaces.

La prise en charge de la prévention du suicide en prison s'organise autour de 3 axes :

- Les prise en charge des troubles psychiatriques
- L'utilisation d'outils spécifiques :
Un guide méthodologique a été édité par le ministère de la Justice, de la Solidarité et de la Santé, rappelant les grands axes de prévention et la conduite à tenir pour le personnel de l'administration pénitentiaire
- Le contrôle des facteurs de risques environnementaux et psychosociaux

Comment accepter de nos jours que le première cause de mortalité en prison soit le suicide ? Celle-ci démontre une défaillance dans le système de soin aux détenus. Des améliorations ont été entreprises ces dernières années, la sensibilisation auprès de l'administration pénitentiaire s'est accrue ce qui est encourageant. Mais la question du suicide en prison ne se règlera pas sans une prise en charge optimale des troubles psychiatriques en détention.

Ce qui nous amène à la partie suivante, qui va décrire le milieu carcéral en France aujourd'hui ainsi que l'offre de soins psychiatriques aux personnes détenues.

3 Quel est l'offre de soins psychiatriques proposée aux détenus ?

Afin de mieux comprendre le milieu carcéral et l'impact que cela peut avoir sur les détenus, nous allons aborder dans cette partie la situation carcérale en France à l'heure actuelle, puis dans un second temps les 3 niveaux d'organisation des soins psychiatriques et les différentes structures de prise en charge psychiatrique des détenus, et enfin le parcours d'un détenu nécessitant une hospitalisation en psychiatrie.

L'objectif de cette partie étant de mieux comprendre l'environnement dans lequel évolue les détenus, et l'offre de soins psychiatriques qui leur est proposée, car rappelons-le, les soins proposés sont censés être identiques dans un milieu ouvert et dans un milieu fermé, ce qui malheureusement dans la pratique n'est pas encore le cas.

3.1 Situation carcérale en France et ses problématiques

3.1.1 Structures accueil détenus

Dans un premier temps, nous allons aborder les différentes structures qui accueillent des détenus, celles-ci se distinguent entre elles par le régime de détention et les catégories de condamnation. Ces établissements sont classés en deux grandes catégories : maisons d'arrêt et établissements pour peine.

Les maisons d'arrêt

Au nombre de 86, elles reçoivent les personnes prévenues en détention provisoire (personnes détenues en attente de jugement ou dont la condamnation n'est pas définitive, comme par exemple lorsqu'ils font appel) ainsi que les personnes condamnées dont la peine ou le reliquat de peine n'excède pas deux ans.

Les établissements pour peine

Au nombre de 94, ils sont divisés en maisons centrales (6), centres de détention (27), centres de semi-liberté (11), en fonction du type de population pénale qu'ils accueillent. Les centres pénitentiaires (50), établissements mixtes, comprennent au moins deux quartiers différents (maison d'arrêt, centre de détention et/ou maison centrale). On compte 6 établissements pénitentiaires pour mineurs et 1 établissement public de santé national de Fresnes (EPSNF).

Les maisons centrales accueillent les personnes détenues condamnées à une longue peine et/ou présentant des risques. Le régime de détention de ces prisons est essentiellement axé sur la sécurité.

Les centres de détention accueillent des personnes détenues condamnées à une peine supérieure à deux ans et qui présentent les meilleures perspectives de

réinsertion sociale. A ce titre, les centres de détention ont un régime de détention principalement orienté vers la resocialisation des personnes détenues.

Les centres de semi-liberté reçoivent des personnes condamnées admises au régime du placement extérieur ou de la semi-liberté. La personne condamnée détenue peut s'absenter de l'établissement durant la journée pour exercer une activité professionnelle, suivre un enseignement ou une formation, bénéficier d'un traitement médical ou s'investir dans tout autre projet d'insertion ou de réinsertion de nature à prévenir les risques de récidive.

Les quartiers centres pour peines aménagées peuvent recevoir les personnes condamnées bénéficiant d'une mesure de semi-liberté ou d'un placement à l'extérieur ainsi que les personnes condamnées dont le reliquat de peine est inférieur à un an, afin de leur permettre de concrétiser un projet de réinsertion.

3.1.2 Chiffre année 2018 – présentation MA Luynes et Salon

Selon le dernier rapport fait par le ministère de la Justice, nous pouvons avoir une vue d'ensemble des derniers chiffres clés sur l'année 2018 (52). Voici ci-joint quelques schémas représentatifs :

L'ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE



10 directions interrégionales (Bordeaux, Dijon, Lille, Lyon, Marseille, Paris, Rennes, Strasbourg, Toulouse et l'outre-mer), 185 établissements, 103 SPIP, 1 service à compétence nationale (SEP) et un établissement public administratif (École nationale d'administration pénitentiaire).

Les services déconcentrés au 1^{er} janvier 2018

10 directions interrégionales

185 établissements

• 82 **maisons d'arrêt (MA)** et 50 quartiers MA (situés dans des centres pénitentiaires).

• 96 **établissements pour peines** soit :

- 55 centres pénitentiaires (CP) qui comprennent au moins 2 quartiers de régime de détention différents
- 25 centres de détention (CD) et 42 quartiers (OCD)
- 6 maisons centrales (MC) et 7 quartiers (QMC)
- 10 centres de semi-liberté (CSL) et 20 quartiers (OSL), et 9 quartiers pour peines aménagées (QPA).

En outre, un centre national d'évaluation (CNE) sur 3 sites : Fresnes (56 places), Sud francilien (231 places) et Lille-Annoeulin (30 places).

• 6 établissements pénitentiaires pour mineurs (EPM).
• 1 établissement public de santé national de Fresnes (EPSNF).

• 58 **établissements à gestion déléguée** sur les 185 établissements.

• 59 765 (+ 1,8 %) places "opérationnelles" (nombre de places de détention disponibles dans les établissements pénitentiaires) :

- 34 776 en MA et OMA
- 20 033 en CD et OCD
- 2 250 en MC et QMC
- 1 312 en centres et quartiers de semi-liberté
- 611 en quartiers pour peines aménagées (QPA)
- 352 en EPM
- 317 en CNE
- 84 à l'EPSNF

103 services pénitentiaires d'insertion et de probation

- 103 sièges
- 169 antennes locales

Structures de soins

217 unités de santé ou hospitalières

• 175 unités sanitaires en milieu pénitentiaire, soit une unité sanitaire dépendant de l'hôpital de proximité implantée dans chaque établissement (à l'exception des centres de semi-liberté).

• 8 unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI) implantées dans les CHU pour les hospitalisations programmées de plus de 48 heures : Nancy (2004), Lille (2004), Lyon (2005), Bordeaux, Toulouse et Marseille (2006), Paris Pitié-Salpêtrière (2008), Rennes (2012). Au total 281 lits en UHSI sont ouverts.

Rappel : depuis la loi de janvier 1994, la prise en charge sanitaire et l'organisation des soins en milieu pénitentiaire relèvent du ministère de la Santé. Toutes les personnes détenues sont immatriculées et affiliées à la sécurité sociale.

• 1 établissement public de santé national à Fresnes.

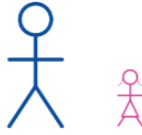
• 26 SMPR (service médico-psychologique régional), implantés dans 26 établissements pénitentiaires.

• 9 unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) implantées en milieu hospitalier accueillent les hospitalisations psychiatriques (avec ou sans consentement) : Lyon (mai 2010), Nancy (mars 2012), Toulouse (janvier 2012), Orléans (mars 2013), Paris (avril 2013), Lille (juin 2013), Rennes (septembre 2013), Bordeaux (juin 2016) et Marseille (novembre 2017). Au total, 440 lits en UHSA sont ouverts.

Les personnes prises en charge

Au 1^{er} janvier 2018 : **243 504** personnes prises en charge par l'AP

79 785
personnes
écrouées



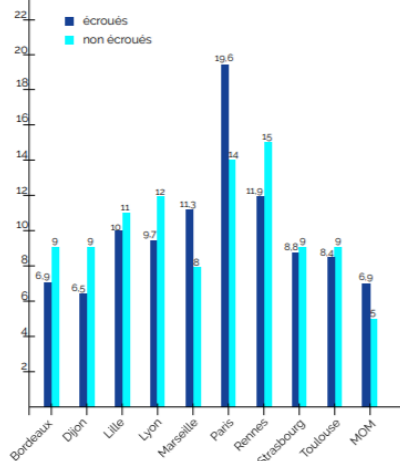
96,3 % des écroués sont des hommes
3,7 % sont des femmes

163 719
personnes suivies
en milieu ouvert



93,6 % des personnes suivies en milieu ouvert sont des hommes
6,4 % sont des femmes

Répartition des personnes suivies en milieu fermé et ouvert,
par direction interrégionale



L'administration pénitentiaire en chiffres au 1^{er} janvier 2018

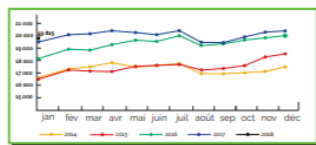
Flux 2017

→ Entrées : 95 959 mises sous écrou dont 74 749 détenus.
← Sorties : 93 786 levées d'écrou dont 67 749 détenus.

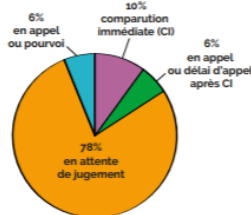
Prévenus

Au 1^{er} janvier 2018, **19 815** personnes prévenues soit 28,7 % des personnes détenues.
- 24,7 % des hommes détenus sont prévenus (- 0,2 point)
- 30,8 % des femmes détenues sont prévenues (+ 0,1 point)
- 63,8 % des mineurs détenus sont prévenus (+ 2,5 points).

Évolution mensuelle des prévenus entre 2014 et 2017



Répartition des prévenus selon la situation pénale

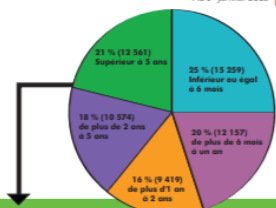


Condamnés

Au 1^{er} janvier 2018, 99 970 condamnés sous écrou soit 75,2 % des écroués dont :
- 87 % pour des peines correctionnelles
- 13 % pour des peines criminelles

Répartition des condamnés par peine

Au 1^{er} janvier 2018



Dont **7 843**

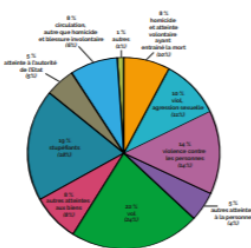
personnes condamnées à une peine de réclusion ou de détention criminelle

De 5 ans à 10 ans : 15 % (1 149)
De + de 10 ans à 20 ans : 66 % (8 155)
De + de 20 ans à 30 ans : 13 % (1 040)
Perpétuité : 6 % (489)

Répartition des écroués condamnés par infraction

en italique, les données sur les seuls condamnés détenus

Au 1^{er} janvier 2018



Présentation MA Luynes et CD Salon

La Maison d'arrêt d'Aix-Luynes et le Centre de détention de Salon de Provence, ont été créés suite au « Programme 13 000 » qui correspondait à un programme de construction d'établissements pénitentiaires en France initié par la loi n°87-432 du 22 juin 1987 relative au service public pénitentiaire, dont le but était de répondre au manque de places en détention. Les deux établissements accueillent uniquement des hommes.

Aix-Luynes.

Le Centre pénitentiaire, tout d'abord construit dès les années 1990, s'est agrandi en créant les Maisons d'arrêt d'Aix-Luynes 2 qui a été ouverte dès juillet 2018. La Maison d'arrêt d'Aix-Luynes 1 prévoit un quartier pour mineurs. Aix-Luynes est classé comme un Centre pénitentiaire puisqu'il comprend à ce titre des maisons d'arrêt mais aussi d'autres structures comme le quartier pour mineurs, le quartier semi-liberté et le Centre pour peines aménagées, le centre national d'évaluation et bientôt un quartier pour détenus radicalisés. Il s'agit du troisième établissement pénitentiaire de France par sa taille.

Salon.

Le centre de détention de Salon de Provence (53) a été inauguré officiellement le 6 juin 1991. Il dispose d'une capacité de 651 places et accueille uniquement des hommes. Il comprend un quartier des arrivants permettant de recevoir quatorze personnes, un quartier disciplinaire et un quartier d'isolement de huit places chacun. La fonction de santé n'a été prise en charge par les hôpitaux publics qu'à compter du 1er mai 2001.

3.1.3 Problématiques carcérales

Afin de mieux comprendre le milieu dans lequel évoluent les détenus au quotidien, ainsi que les facteurs de décompensation inhérents à cet environnement, nous allons aborder dans cette partie les différentes problématiques carcérales.

Depuis de nombreuses années, les conditions de détention en France sont signalées par les associations, les professionnels du milieu pénitentiaire, les avocats, les familles... Mais la prison doit-elle devenir un lieu de non-respect des droits de l'homme, sous prétexte que l'on a enfreint la loi ? Les détenus devraient être soumis aux mêmes droits que le reste de la population, en dehors de leur privation de liberté inhérent à leur peine.

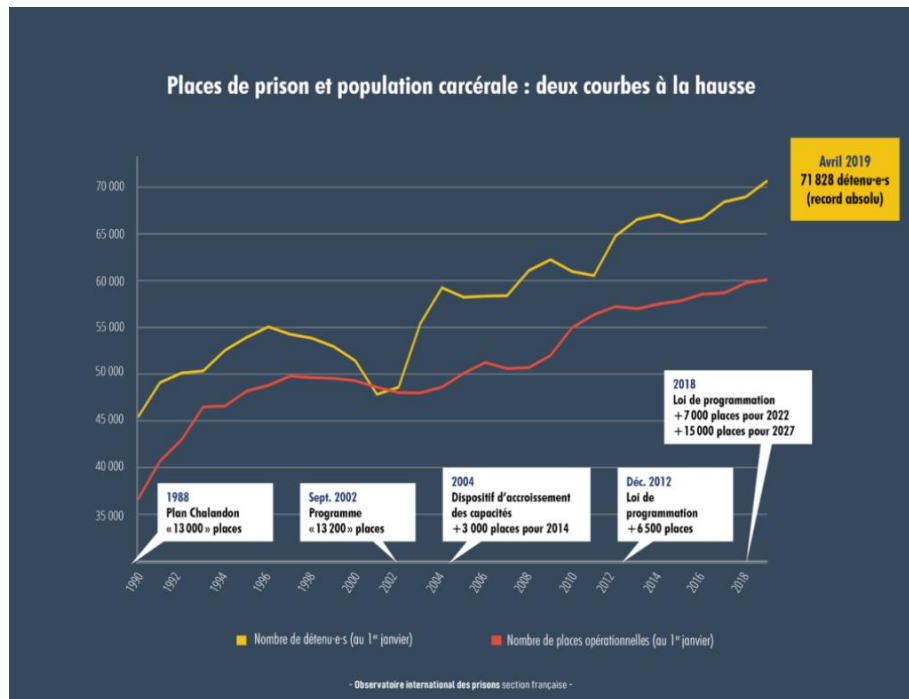
Il faut savoir que la France a été condamnée plusieurs fois pour traitement inhumain envers ses détenus, la dernière fois était le 30 Janvier 2020 (54) (55), où un arrêt de la CEDH a condamné la France pour traitements inhumains et dégradants (violation de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme) en raison des conditions de détention imposées aux requérants et pour le non-respect du droit à un recours effectif (violation de l'article 13).

Dans cet arrêt, la Cour constate que « les taux d'occupation des prisons concernées révèlent l'existence d'un problème structurel » et recommande à la France « l'adoption de mesures générales visant à supprimer le surpeuplement et à améliorer les conditions matérielles de détention », ainsi que de mettre en place « un recours préventif permettant aux détenus, de manière effective, en combinaison avec le recours indemnitaire, de redresser la situation dont ils sont victimes ».

Les problématiques carcérales sont nombreuses et d'origine multiple, mais façonnent le quotidien des détenus et peuvent être un des facteurs à l'origine d'une décompensation psychiatrique. C'est dans ce prisme qu'elles sont évoquées ci-dessous, dont la première et la plus importante est la surpopulation.

- La surpopulation :

La problématique de la surpopulation en milieu carcéral en France est ancienne, et néanmoins toujours présente. Comme on peut le voir sur le schéma ci-dessous (56), le nombre de détenus et le nombre de places n'ont fait qu'augmenter ces 30 dernières années.



En effet, le nombre de détenus a augmenté de 25 641 sur la période étudiée (45 420 en 1990, contre 71 061 en décembre 2018). Et le taux d'occupation des établissements pénitentiaires est resté supérieur à 100%. Il atteint 118% en décembre 2018, avec un taux spécifique de 140% pour les maisons d'arrêt où se concentre la surpopulation.

Si le taux de détention est passé sur la période 1990-2019 de 78 détenus pour 100 000 habitants à 104.6 pour 100 000, les indicateurs de l'évolution de la délinquance et de la criminalité – que ce soient les enquêtes de victimisation ou le recueil des crimes et délits constatés par les services de police – ne témoignent pas d'une évolution corollaire. Ce n'est donc pas l'augmentation de la délinquance qui est en cause, mais bien l'inflation de mesures pénales favorisant l'incarcération.

Cette judiciarisation de plus en plus importante, Senon JL l'explique dans son article « Etat dangereux, délinquance et santé mentale : représentations, insécurité et peurs

sociétales » (57). Elle a pour source la stigmatisation des malades mentaux par un contexte sociopolitique particulier, prenant en compte 2 facteurs importants :

– la recrudescence des peurs sociales générant une politique sécuritaire avec peur du crime et assimilation du criminel au malade mental :

« On constate que, dans nos sociétés contemporaines, plus le crime se rapproche de la vie quotidienne, plus il suscite une crainte de contamination, plus est grande l'émergence de l'exigence de punition, plus la médiatisation généralise et rend universelle et plus s'estompe en nous la capacité à prendre en compte une information objective et pondérée, notamment sur le déterminisme individuel du crime pouvant susciter compassion pour le criminel. Tout se passe comme si tous, saisis par l'émotion, nous oublions de penser. » Senon

Ce ne sont donc plus les « grands fous » ou les grands psychopathes qui font peur, ce sont ceux qui se rapprochent du citoyen « moyen », ce qui explique la multiplication des peines et la création de nouveaux délits.

– le développement du courant de populisme pénal et l'abandon du modèle du *pénal welfare state* de l'après-guerre :

L'État-providence selon le modèle français d'après-guerre (qui combine les deux modèles Beveridgien et Bismarckien) poursuit un double objectif : la protection sociale (sorte d'assurance contre les risques et aléas de la vie) et une aide sociale ajoutée à une justice sociale (via certains mécanismes complexes de redistribution des richesses). Ce modèle commence à s'effondrer dans les années 60, l'assistance est assimilée à une faiblesse fragilisant l'individu en difficulté et l'éloignant d'une morale de l'effort.

Comme l'analyse Denis Salas dans son livre « La volonté de punir : essai sur le populisme pénal » (58) : « les menaces sont vues du côté de ceux qui les subissent : les victimes ou ceux qui s'en réclament [...] le déplacement d'accent s'opère à partir du moment où l'on passe d'un modèle de réponse à l'acte ou de traitement des individus, à la régulation des espaces ou des populations qui vivent dans un espace donné. Les savoirs construits sur une délinquance perçue comme un phénomène individuel sont redistribués, réorientés et disqualifiés [...] ce qui compte c'est de faire progresser la connaissance de la maladie – plus que du malade lui-même — pour éviter qu'elle ne devienne une épidémie ». L'auteur de l'infraction n'est plus au centre

du procès pénal, la compassion qu'il générerait a disparu et toute l'attention compassionnelle se centre sur les victimes.

Comment pouvons-nous expliquer cette surpopulation carcérale, alors que nous avons mis en place plusieurs programmes (programme 13 000, programme 13 200...) afin d'augmenter les places disponibles ?

Comme nous avons pu le voir dans la première partie sur l'histoire, c'est souvent l'évolution des courants de pensée qui va entraîner une modification du paysage juridique. Ce développement de la peur sociale et la volonté politique de privilégier la sécurité ont entraîné des modifications juridiques qui expliquent elles-mêmes cette inflation carcérale.

L'inflation carcérale peut être expliquée par plusieurs facteurs juridiques également, comme l'explique l'OIP (59) :

- la pénalisation d'un nombre de plus en plus important de comportements (création des délits de racolage passif, mendicité agressive, occupation d'un terrain en réunion, occupation d'un hall d'immeuble, vente à la sauvette ou de maintien irrégulier sur le territoire, correctionnalisation du défaut de permis de conduire ou d'assurance, etc.) ;
- le développement de procédures de jugement rapide, comme la comparution immédiate, qui aboutissent à un taux plus important de condamnation à de l'emprisonnement ferme (environ 70 %) ;
- l'allongement de la durée des peines : ainsi, de 2002 à 2014, la durée moyenne de détention est passée de 7,9 à 9.9 mois. On assiste à un double phénomène : d'un côté, l'augmentation des incarcérations pour de courtes peines de prison de moins d'un an ou de quelques mois (en 1980, 7427 personnes étaient détenues à ce titre ; en 2017, 19 644 – ce qui représente 40% de la population condamnée détenue) ; et de l'autre, le prononcé de peines de plus en plus lourdes vis-à-vis d'autres publics. En 1980, moins de 6 000 personnes étaient détenues au titre d'une peine de 5 ans de prison ou plus ; en 2017, plus de 11 850.
- l'augmentation récente de la détention provisoire : les prisons comptaient 20 343 prévenus au 1er janvier 2019, contre 16 549 en janvier 2015... Soit une augmentation de 23% en quatre ans. Une évolution qui s'explique en partie par

l'augmentation du contentieux terroriste mais surtout par la frilosité grandissante des magistrats dans le climat sécuritaire actuel.

La surpopulation carcérale est donc un fait, communément acquis et prouvée par de nombreuses études, et les différents facteurs à l'origine de cette surpopulation sont de mieux en mieux compris. Idéalement, cet accroissement de la population carcérale aurait dû s'accompagner d'un accroissement proportionnel des moyens de santé. Malheureusement, comme l'a souligné le CGLPL dans son rapport en 2019 (60), qui s'alignait sur des rapports ministériels précédents : la progression inquiétante du nombre des détenus en maisons d'arrêt et la surpopulation chronique qui en découle n'ont pas été accompagnées d'un développement parallèle des moyens de santé.

Cette constatation d'une surpopulation carcérale nous ramène à la problématique développée dans la deuxième partie de cette thèse : à l'heure d'aujourd'hui, les patients avec des troubles psychiatriques ayant commis un délit ne sont plus acceptés en milieu ouvert. La peur sociétale du « fou criminel » est devenue trop importante, elle s'est développée au fur et à mesure du 20^e siècle, c'est ainsi que nous en sommes arrivés à prendre en charge en prison des personnes avec des troubles psychiatriques ayant commis des délits. Or ces personnes nécessitant forcément à un moment des soins importants, et leur état clinique ne permettant pas toujours une adhésion aux soins, ceux-ci sont hospitalisés en SPDR D398.

- Privation des liens et privation des sens

La prison n'est pas uniquement la perte de liberté, c'est également la perte de son autonomie, et de ses liens familiaux. Tout dans le quotidien carcéral est chronométré, l'ouverture des portes, les repas, les promenades dans une cour minuscule, les parloirs.

Le lien au niveau familial peut très rapidement se dégrader : lors de son arrivée en prison, on n'a pas de nouvelles de sa famille durant au minimum 2-3 mois, le temps

d'avoir les accords pour les appels téléphoniques ou les parloirs. Les prisons sont généralement assez isolées, il faut donc réussir à y avoir accès, ce qui n'est pas toujours évident en fonction de la situation géographique et économique de la famille.

Pourtant l'OIP rappelle que le ministère de la Justice a dit « Le maintien des liens familiaux, condition fondamentale de la réinsertion des personnes placées sous main de justice et de la prévention de la récidive, est une des principales missions de l'administration pénitentiaire ». Et pourtant, ce droit fondamental est quotidiennement malmené.

Comme exemple marquant de cet éloignement familial et des conséquences que cela peut avoir sur le quotidien d'une personne détenu, on pourrait évoquer l'exemple de Mr D, 20ans qui consulte en urgence au SPAD pour idées suicidaires. Lors de l'entretien, Mr D se montre très angoissé, son discours est en boucle : il n'a pas de nouvelle de sa femme. Sa femme est enceinte et devait accoucher dans les prochains jours, il communiquait avec elle par téléphone portable (qu'il n'avait pas le droit d'avoir), celui-ci a été découvert par l'administration pénitentiaire et récupéré, il a donc été placé en cellule d'isolement en sanction du téléphone. Mr D se retrouve donc seul, sans nouvelle de sa famille, en cellule disciplinaire, sans même savoir si sa femme allait bien et si elle avait accouché, il faut imaginer la détresse psychologique que cela peut entraîner. Cet exemple est bien sur un des plus extrêmes, mais des exemples d'éloignement familial ayant des conséquences catastrophiques sur la santé mentale des détenus peuvent être racontés quotidiennement par les équipes soignantes. Cette peur de ce qu'il peut se passer à l'extérieur lorsqu'on ne peut pas sortir, est présente en permanence chez les détenus.

- Violence des surveillants

Le climat qui règne dans une prison est un climat de violence, violence entre les détenus, violence entre les surveillants et les détenus.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette violence des surveillants envers les détenus, l'inverse existant également bien sûr. Dans son rapport « Omerta, opacité, impunité » (61), l'OIP dresse des constats accablants sur les violences des surveillants. Les facteurs à l'origine de cette violence sont nombreux : l'évolution des politiques pénitentiaires, le rôle paradoxal du surveillant de prison (garant de la sécurité des détenus mais également de l'autorité), une qualité des recrutements et des formations amoindries, des chefs d'établissements éloignés de la détention...

Et bien sûr la loi du silence qui est en place face à ses violences : difficulté pour les détenus de dénoncer, représailles par la suite des surveillants, plaintes sans suite.

Cette violence entre les surveillants et les détenus ne peut bien entendu être chiffrée, mais il suffit de travailler quelque temps en prison pour se rendre à l'évidence : elle est présente, et souvent quotidienne, à des degrés bien sûr variable.

Et elle a des conséquences sur la santé mentale des détenus, particulièrement les plus fragiles. Un détenu ayant des troubles psychotiques par exemple, va généralement avoir des troubles du comportement lorsqu'il décompense. Ces troubles du comportement peuvent être interprétés par les surveillants comme des troubles à l'ordre, alors que ceux-ci n'étaient pas réellement volontaires de la part du détenu. Ceci peut entraîner des violences et des sanctions, alors que ce dont a besoin le détenu à ce moment-là c'est de soins.

La surpopulation, l'éloignement, la violence des surveillants, ne sont que quelques problèmes représentatifs des défauts du milieu carcéral français, il y en a bien sûr bien d'autres. Ces différents éléments constituent l'environnement carcéral auxquels les détenus sont confrontés dès leur arrivée, et l'adaptation à ce nouvel environnement est d'autant plus dur lorsqu'on présente une fragilité psychique, ce qui peut entraîner une décompensation, et donc une hospitalisation.

Nous avons donc pu décrire dans cette partie les différentes caractéristiques du milieu carcéral en France, et le contexte particulier dans lequel évoluent les détenus lors de leur incarcération.

Les conséquences de cet environnement et la population particulièrement fragile présente en détention nous amènent à nous demander comment répondre aux besoins de soins psychiatriques et comment ceux-ci s'organisent dans le milieu carcéral, c'est ce à quoi nous allons répondre dans la partie suivante.

3.2 Les 3 niveaux d'organisation des soins psychiatriques et les lieux de prise en charge

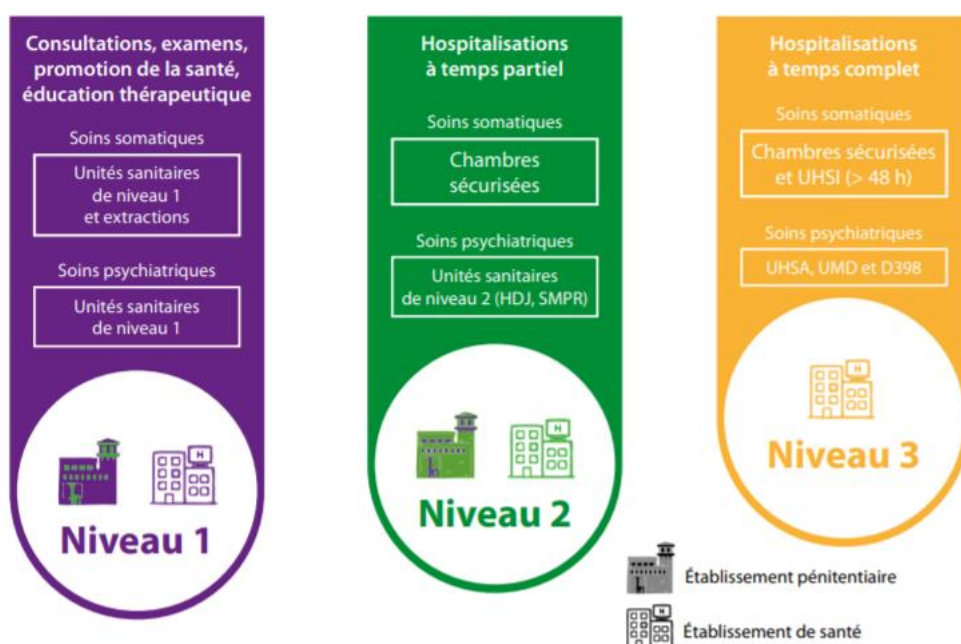
A l'heure actuelle, les soins psychiatriques aux personnes détenues sont définis par le « Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues » (62). Selon ce guide, à l'entrée en détention, toute personne détenue bénéficie, sauf refus explicite de sa part, d'une consultation médicale devant permettre de dépister toute affection contagieuse ou évolutive et d'assurer la continuité des soins. Le contenu de cette consultation correspond à celui d'une première visite chez un médecin généraliste avec néanmoins un accent mis a priori sur l'évaluation des consommations de substances psychoactives et de l'état mental, ainsi que le dépistage des maladies infectieuses. Une consultation avec un membre de l'équipe psychiatrique doit être proposée à l'entrée en détention. Par la suite, la personne détenue est revue, au cas par cas, à sa demande ou à l'initiative des soignants selon le terrain médical.

Les structures de soin prenant en charge les personnes placées sous main de justice ont été définies :

- Par le décret du 14 mars 1986 qui a créé les 26 SMPR
- Par le décret du 27 octobre 1994 relatif aux soins dispensés aux personnes détenues
- Par la loi d'orientation du 9 septembre 2002 qui a créé les UHSA. La législation de 2002 consacre la possibilité d'hospitalisation au sein des UHSA (avec ou sans consentement).

Depuis 2012, les ex-unités de consultations et de soins ambulatoires [UCSA] et les SMPR sont appelées « unités sanitaires en milieu pénitentiaire » (USMP).

L'organisation des soins repose sur deux dispositifs, l'un pour les soins somatiques, le second pour les soins psychiatriques, organisés en trois niveaux (voir schéma ci-dessous) :



Les 3 niveaux d'organisation des soins psychiatriques aux détenus

Nous ne détaillerons ici que la prise en charge médicale dédiée aux soins psychiatriques :

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

Les dispositifs de soins psychiatriques (DSP) assurent, durant la journée et les jours ouvrables, les activités de consultations, d'entretiens, de prises en charge de groupe et d'activités thérapeutiques. Ils sont sous la responsabilité de l'établissement de santé psychiatrique du secteur de l'établissement pénitentiaire. Ce dispositif existe dans chaque établissement pénitentiaire avec des locaux spécialisés mis à disposition.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- en unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) : depuis leur ouverture en 2010, elles permettent d'accueillir des patients en hospitalisation à temps complet avec ou sans consentement. D'après l'article L 3214-1 du CSP (63): l'hospitalisation au sein d'une UHSA est le principe général pour toute hospitalisation complète en psychiatrie d'une personne détenue ;

- en établissement de santé de psychiatrie générale habilité à accueillir des patients en soins sans consentement. Les patients sont hospitalisés, par arrêté préfectoral, selon l'article D.398 du Code de procédure pénale (64).

Ces 3 niveaux représentent l'offre de soins en psychiatrie aux personnes détenues, qui depuis la création des UHSA, ressemble davantage au schéma de prise en charge des personnes non détenues. La difficulté avant la création des UHSA, était que lorsqu'une hospitalisation en psychiatrie était nécessaire, elle se faisait forcément sous contrainte (même si le patient était d'accord pour être hospitalisé), ce qui est totalement antinomique.

Nous allons décrire par la suite les différentes structures de prise en charge des détenus en psychiatrie et leurs particularités.

Les différentes structures de prise en charge :

➤ **UHSA :**

Devant un besoin d'améliorer la prise en charge sanitaire des détenus et une fréquence importante des troubles psychiatriques en milieu pénitentiaire, la loi du 9 septembre 2002 (16) d'orientation et de programmation pour la Justice, a prévu la création des UHSA.

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

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

Le fonctionnement des UHSA repose sur deux principes fondamentaux :

- la primauté du soin : en effet, même si la personne demeure écrouée et reste soumise à des règles particulières restreignant sa liberté durant l'hospitalisation, le soin psychiatrique, équivalent à celui proposé en milieu ouvert, est au cœur de la prise en charge ;
- une double prise en charge, à la fois sanitaire et pénitentiaire, afin d'assurer un accès aux soins dans un cadre sécurisé.

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

Conformément aux dispositions des articles R. 3214-5 (65) et R. 3214-8 du CSP (66), la surveillance et l'accès à la structure sont assurés par le personnel pénitentiaire et s'effectuent dans le respect de la confidentialité des soins. Les personnels pénitentiaires n'ont toutefois accès aux locaux et aux chambres des patients que pour des raisons de sécurité (fouille et contrôle) ou, à la demande du personnel hospitalier.

L'unité est construite de telle sorte que l'espace dédié aux soins est central, entouré d'une zone périphérique sous la surveillance d'agents pénitentiaires, d'où le terme « spécialement aménagée ». Les UHSA peuvent ainsi être schématisées comme des unités de soins entourées d'une coque pénitentiaire.

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

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

Ainsi, la création des UHSA a permis une évolution majeure dans le soin psychiatrique délivré aux détenus.

La création de ces structures a cependant créé des débats importants au moment de la publication de la circulaire interministérielle de 2002 : est-ce que le fait de créer un hôpital prison plutôt que de renforcer et soutenir les soins des détenus à l'hôpital ne renforce-t-il pas la discrimination entre les soins dispensés aux personnes libres et les soins dispensés aux personnes sous main de justice ?

De plus cette création soulève d'autres interrogations pour l'avenir. Comme le souligne David M. dans son livre consacré à « L'expertise psychiatrique pénale » (67), la mise en place de ces unités présente « le risque de voir la disparition complète des non-lieux psychiatriques. Plus besoin de se poser des questions sur « l'abolition ou l'altération », un dispositif complet ségrégatif pour condamné étant présent, il n'est plus nécessaire d'avoir d'état d'âme quant au problème de la responsabilité. Le délinquant ou le criminel sera condamné à une peine d'hospitalisation en psychiatrie. Il ne s'agira plus de confusion des peines mais de confusion du sens de la peine ».

Il est clair que la création des UHSA aboutirait à une dénaturation des principes de la responsabilité si elle incitait experts psychiatres et juridictions à renoncer à constater l'irresponsabilité pénale. D'autant plus si ce renoncement se justifie en considérant que la condamnation pénale est le meilleur moyen d'assurer une prise en charge médicale sécurisée de ces personnes.

Dans le cadre de l'étude développée dans la deuxième partie, le rôle de ces UHSA dans la prise en charge des détenus ayant des troubles psychiatriques est central. Nous allons pouvoir voir comment ces patients hospitalisés en SPDRE D398 sont

pris en charge entre les hôpitaux de secteurs et l'UHSA, à l'heure où les UHSA ont été créées pour désengorger l'hôpital public de la prise en charge des détenus.

➤ **UMD :**

Comme le décrit Layet L. dans son article(68), les unités pour malades difficiles (UMD) sont des structures spécialisées destinées à accueillir pour une durée limitée mais parfois très longue des patients qui nécessitent des protocoles de soins intensifs et des mesures de sûreté particulières. Elles occupent une place à part en dernier recours du dispositif de soins sectorisés français.

Les UMD sont réparties sur l'ensemble du territoire français, implantées au sein ou à proximité des centres hospitaliers psychiatriques. Il en existe 10 à ce jour, ce qui représente un total de 652 places (dont une quarantaine de lits réservés exclusivement aux femmes) qui s'articulent en sous-unités ne pouvant excéder 20 lits.

Les UMD accueillent des patients dans différentes situations administratives :

- Les patients hospitalisés en « SPDRE classique » par arrêté préfectoral. Ces patients ont souvent mis en danger des soignants ou des patients par des troubles du comportement. Leurs actes violents les font considérer comme difficiles et potentiellement dangereux ;
- Les patients dit « médicolégaux » ou « sous main de justice » :
 - Les détenus condamnés, transférés depuis le milieu carcéral en application de l'article D.398 du Code de procédure pénale. On considère en effet qu'un détenu présentant des troubles mentaux et refusant les soins ne peut pas être maintenu dans un établissement pénitentiaire. En UMD, ces patients conservent leur statut de détenu et purgent donc leur peine tout en restant hospitalisés.
 - Les patients déclarés pénalement irresponsable du fait d'un non-lieu judiciaire en application de l'article 122-1 du Code pénal. L'orientation en UMD est particulièrement indiquée lorsque l'expertise pénale réalisée a pointé l'état de dangerosité particulière du détenu.

➤ **Hôpitaux psychiatriques de secteur**

Depuis la mise en place de la sectorisation en 1980, la psychiatrie est divisée en « secteurs ». C'est une aire géographique, tenant compte des conditions démographiques, à l'intérieur de laquelle est organisée la distribution des soins psychiatriques aux personnes qui en ont besoin.

Dans le cas des détenus, la sectorisation s'applique lorsque les patients sont hospitalisés en SPDRE D398. Celui-ci sera normalement ensuite transféré à l'UHSA la plus proche, une fois qu'une place sera disponible.

Il faut savoir que la responsabilité de la surveillance du détenu une fois qu'il est pris en charge à l'hôpital psychiatrique incombe à la direction de l'hôpital.

Il est souvent mis en avant que la prise en charge des détenus en hôpital de secteur se heurte à plusieurs difficultés : les réticences des soignants de l'intra-hospitalier à recevoir des patients détenus, souvent basées sur une peur des potentiels passages à l'acte, la méconnaissance des caractéristiques psychiatriques des détenus, et de l'environnement dans lequel ils évoluent.

C'est pour cela que nous avons conduit l'étude développée dans la seconde partie de cette thèse, l'objectif étant de comprendre qui est hospitalisé, pourquoi et comment.

Avant de commencer cette seconde partie, nous allons développer en détail le parcours d'un détenu nécessitant une hospitalisation en psychiatrie.

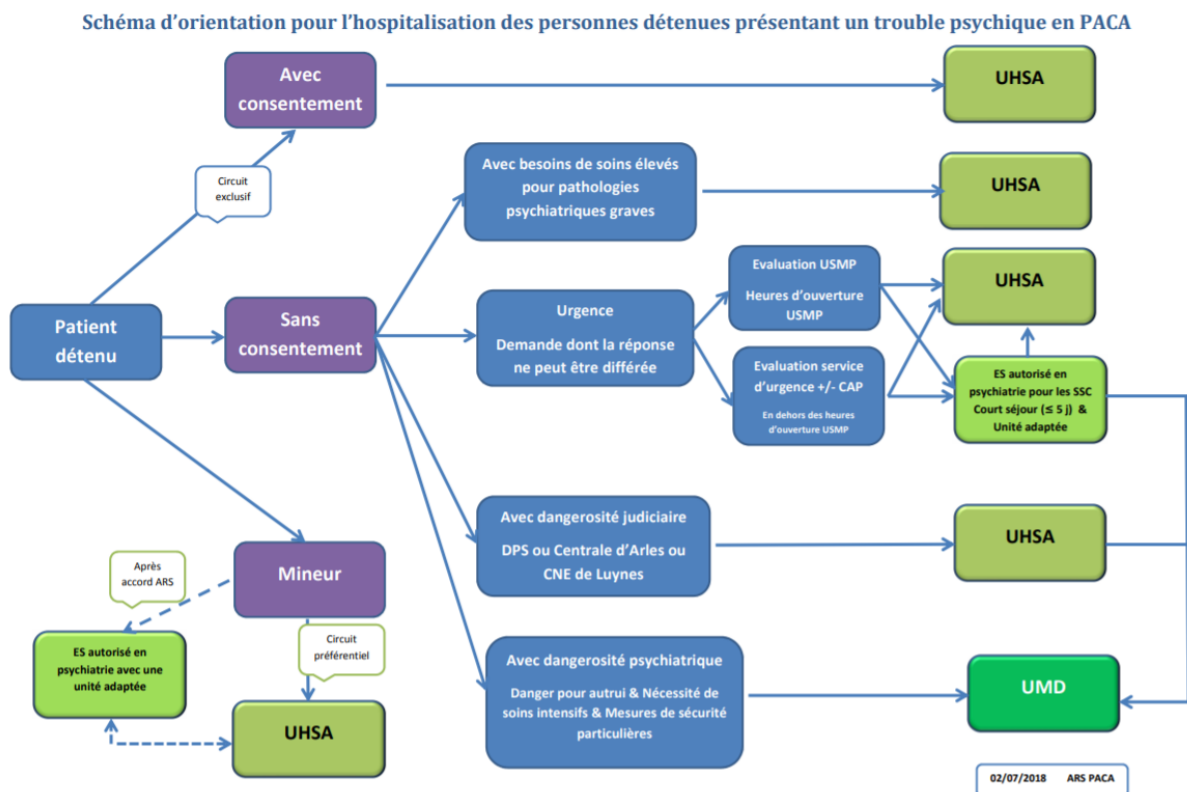
3.3 Parcours d'un détenu nécessitant une hospitalisation en psychiatrie

Dans la pratique, qu'est-ce qu'il se passe lorsque l'état clinique d'un patient nécessite une hospitalisation en psychiatrie ?

2 questions fondamentales à se poser en premier :

- Le consentement : est-ce que le patient est apte à consentir aux soins, et si oui, donne-t-il son accord ?
- Quel est le degré d'urgence pour sa prise en charge ?

L'orientation dans les différentes structures va donc se faire en fonction des réponses à ces 2 questions, voici ci-joint le schéma régional de prise en charge des détenus nécessitant une hospitalisation en psychiatrie :



Nous allons nous intéresser en particulier à la procédure traitée dans la seconde partie, ce qu'on appelle communément l'hospitalisation en SPDRE D398, car c'est celle-ci qui va être développée dans notre étude.

- Pourquoi SPDRE D398 ?

SPDRE signifie « soins psychiatriques à la demande du représentant de l'état », ce qui est l'une des modalités d'hospitalisation sous contrainte en psychiatrie.

Le D398 fait référence à l'article D398 du Code de procédure pénale (64):

« Les détenus atteints des troubles mentaux visés à l'article L. 342 du code de la santé publique ne peuvent être maintenus dans un établissement pénitentiaire.

Au vu d'un certificat médical circonstancié et conformément à la législation en vigueur, il appartient à l'autorité préfectorale de faire procéder, dans les meilleurs délais, à leur hospitalisation d'office dans un établissement de santé habilité au titre de l'article L. 331 du code de la santé publique.

Il n'est pas fait application, à leur égard, de la règle posée au second alinéa de l'article D. 394 concernant leur garde par un personnel de police ou de gendarmerie pendant leur hospitalisation. »

Les troubles mentaux visés à l'art L342 du CSP sont : « les troubles mentaux qui compromettent l'ordre public ou la sûreté des personnes », la sûreté des personnes traduisant ici un risque auto ou hétéroagressif.

➤ Celui-ci est complété par l'article L3214 du Code de la santé publique (63)

Art L3214-1 : « I.-Les personnes détenues souffrant de troubles mentaux font l'objet de soins psychiatriques avec leur consentement. Lorsque les personnes détenues en soins psychiatriques libres requièrent une hospitalisation à temps complet, celle-ci est réalisée dans un établissement de santé mentionné à l'article L. 3222-1 au sein d'une unité hospitalière spécialement aménagée.

II. Lorsque leurs troubles mentaux rendent impossible leur consentement, les personnes détenues peuvent faire l'objet de soins psychiatriques sans consentement en application de l'article L. 3214-3. Les personnes détenues admises en soins psychiatriques sans consentement sont uniquement prises en charge sous la forme mentionnée au 1° du I de l'article L. 3211-2-1. Leur hospitalisation est réalisée dans un établissement de santé mentionné à l'article L. 3222-1 au sein d'une unité hospitalière spécialement aménagée ou, sur la base d'un certificat médical, au sein d'une unité adaptée.

III. Lorsque leur intérêt le justifie, les personnes mineures détenues peuvent être hospitalisées au sein d'un service adapté dans un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 en dehors des unités prévues aux I et II du présent article. »

Cette procédure de prise en charge psychiatrique sous contrainte des patients détenus introduit la seconde partie de cette thèse, qui consiste à étudier les profils des patients hospitalisés sous contrainte, les causes de leur hospitalisation et les modalités de leur prise en charge.

Cette partie permet d'explicitier le parcours de soins dont bénéficie un détenu qui nécessite en urgence des soins psychiatriques. Cette notion de la spécificité de la prise en charge en urgence justement est celle qui a fait naître l'idée de cette étude menée dans la deuxième partie : comment peut-on optimiser les soins psychiatriques aux détenus sans en connaître leurs urgences et leurs prises en charge actuelles ?

Deuxième partie : Etude descriptive des hospitalisations sous contrainte des détenus

1 Introduction

Ces dix dernières années il y a eu une augmentation considérable du taux d'incarcération en France, pour atteindre actuellement plus de 80 000 personnes détenues (59). Les détenus sont exposés à des problèmes de santé multiples et apparaissent particulièrement affectés par les troubles psychiatriques. Même si les études sur le sujet restent rares, certains travaux épidémiologiques ont clairement mis en évidence une sur représentativité des troubles psychiatriques en milieu carcéral. La dernière étude au niveau national est celle de Falissard B. en 2007 (27), qui montre que : 35 % à 42 % des détenus sont considérés comme psychiatriquement manifestement malades, gravement malades ou parmi les patients les plus malades (selon l'échelle d'évaluation de la gravité de l'état de la personne - CGI) ; 42 % des hommes et la moitié des femmes détenus en métropole présentent des antécédents personnels et familiaux psychiatriques d'une gravité manifeste ; 38 % des détenus incarcérés depuis moins de six mois présentent une dépendance aux substances illicites (trois quarts dans les DOM) et 30 % une dépendance à l'alcool. Le dernier rapport du Sénat de 2010 sur « Prison et troubles mentaux » estime que la proportion des personnes atteintes des troubles mentaux les plus graves (schizophrénie ou autres formes de psychose) est de 10%, personnes pour lesquelles la peine n'a guère de sens.

Afin de compléter cet état des lieux des troubles psychiatriques en milieu carcéral, rappelons que la première cause de mortalité en détention est le suicide, cause évitable de mortalité qui, malgré les différentes mesures de prévention mises en place, reste toujours aussi présente (avec un risque 7 fois plus élevé en détention que dans la population générale).

La question de la prise en charge des détenus souffrant de troubles psychiatriques est ancienne et à la fois toujours d'actualité. D'une prise en charge religieuse jusqu'au 18^e

siècle, à la création des asiles au 19^e siècle, elle se fait maintenant entre l'hôpital et la prison.

L'organisation des soins psychiatriques aux détenus s'est développée au cours du 20^e siècle, notamment avec la création des UHSA. Le but de ces UHSA était de tendre à une égalité des soins psychiatriques entre personnes sous main de justice et personne en milieu libre. De nombreuses études ont été conduites sur ces UHSA, mais aucune n'a été faite sur les SPDRE D398 issus d'une MA ou d'un CD. Pourtant ces hospitalisations représentent les urgences psychiatriques qui ont lieu en milieu carcéral, et leur prise en charge est d'une importance majeure.

L'objectif principal de cette étude est donc de décrire les caractéristiques socio-démographiques et cliniques des patients hospitalisés en SPDRE D398 et d'apprécier les prises en charge (conditions et durée d'hospitalisation, traitements médicamenteux) qui leur sont actuellement proposées dans ces établissements de soins.

L'objectif secondaire de cette étude est de comparer différentes variables entre deux groupes : celui des patients avec des antécédents d'hospitalisation en psychiatrie (patient donc connus de la psychiatrie) et celui des patients sans antécédents d'hospitalisation en psychiatrie.

2 Méthode

2.1 Description de l'étude

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

L'ensemble des patients hospitalisés en SPDRE D398 issus des MA de Luynes 1, Luynes 2 et du CD de Salon ont été inclus rétrospectivement sur la période du 1^{er} Janvier 2019 au 31 Décembre 2019. Les soins psychiatriques dans ces 3 centres de

détention dépendent d'une même unité de soins psychiatriques nommé SPAD (soins psychiatriques ambulatoires aux détenus) et dépendant du Centre hospitalier Montperrin.

Le recueil des données médicales psychiatriques a été réalisé de manière rétrospective entre Septembre 2019 et Février 2020. Les données médicales ont été extraites des dossiers médicaux des patients, en se basant à la fois sur les comptes-rendus d'hospitalisation mais aussi sur les observations médicales et paramédicales écrites durant l'hospitalisation.

2.2 Population étudiée

Les critères d'inclusion étaient :

- Hospitalisation en SPDRE D398 durant l'année 2019 (du 1^{er} Janvier au 31 Décembre)
- Détenus du centre de détention de Luynes 1, Luynes 2 et Salon

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

2.3 Outils statistiques

Une analyse statistique descriptive a été réalisée.

Les données quantitatives ont été évaluées par les statistiques suivantes : moyenne, écart type, médiane, minimum et maximum.

Les données qualitatives ont été évaluées par : les effectifs et pourcentages de chaque modalité.

Le nombre et taux de données manquantes pour chaque variable ont également été rapportés.

Les variables qualitatives étaient comparées entre les groupes par le test de Fischer. Lorsque la variable étudiée était quantitative, nous avons effectué un test de Student. Ces tests ont été effectués par biostatsTGV. Nous avons retenu la valeur du risque d'erreur alpha à 5%, le seuil de significativité retenus pour les tests était de $p < 0,05$.

2.4 Information et consentement des patients

Cette étude a été déclarée et approuvée par la CNIL au titre de recherche MR-4 (référence : 2219223v0)

3 Résultats

Notre étude porte sur un total de 83 hospitalisations en SPDRE D398 pour 57 patients pris en charge.

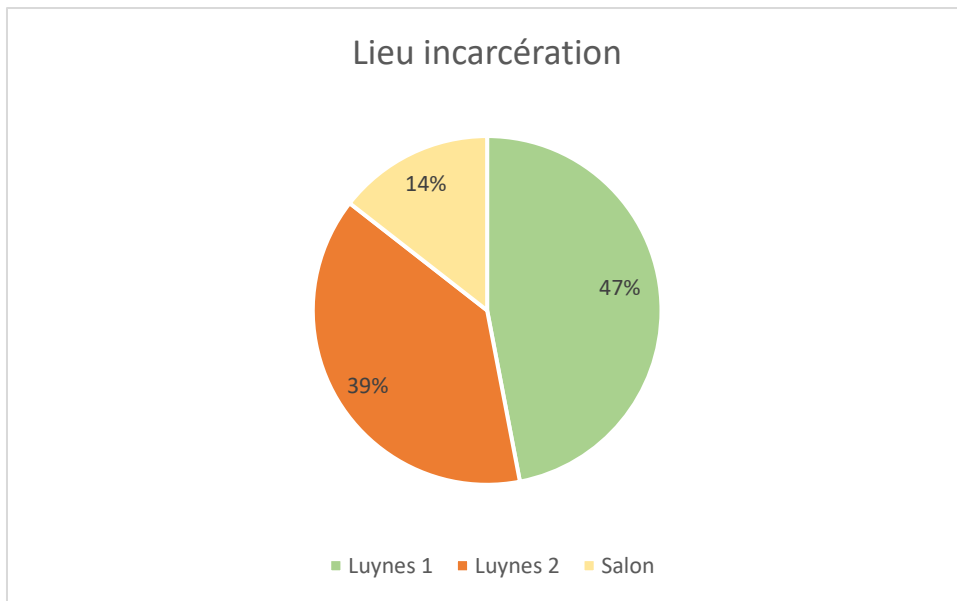


Figure 1 – Lieu d'incarcération des patients hospitalisés en SPDRE D398 sur l'année 2019

Sur les 83 hospitalisations, 47% venait de Luynes 1, 39% de Luynes 2 et 14% de Salon.

3.1 Caractéristiques sociodémographiques

La population étudiée compte 57 patients, qui sont exclusivement des hommes car la MA de Luynes ainsi que le CD de Salon sont exclusivement masculins.

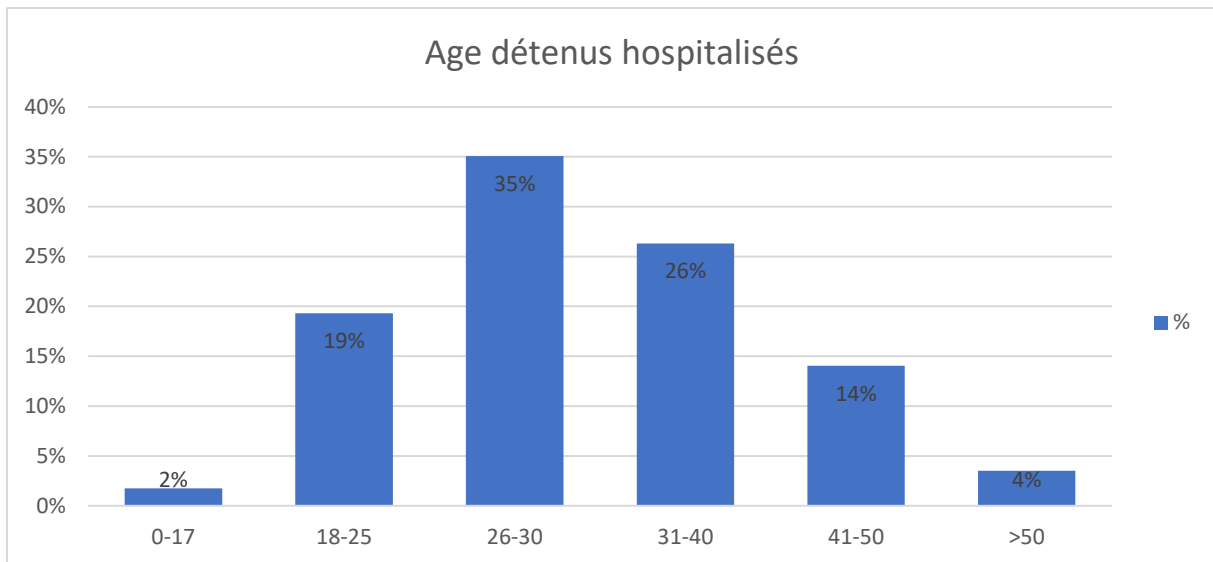


Figure 2 – Age des détenus pris en charge en SPDRE D398

L'âge moyen est de 32 ans, avec un minimum de 17 ans (seul mineur pris en charge) et un maximum de 52 ans. La médiane d'âge est de 29 ans. On peut observer ci-dessus (figure 2) les répartitions en fonction des tranches d'âge.

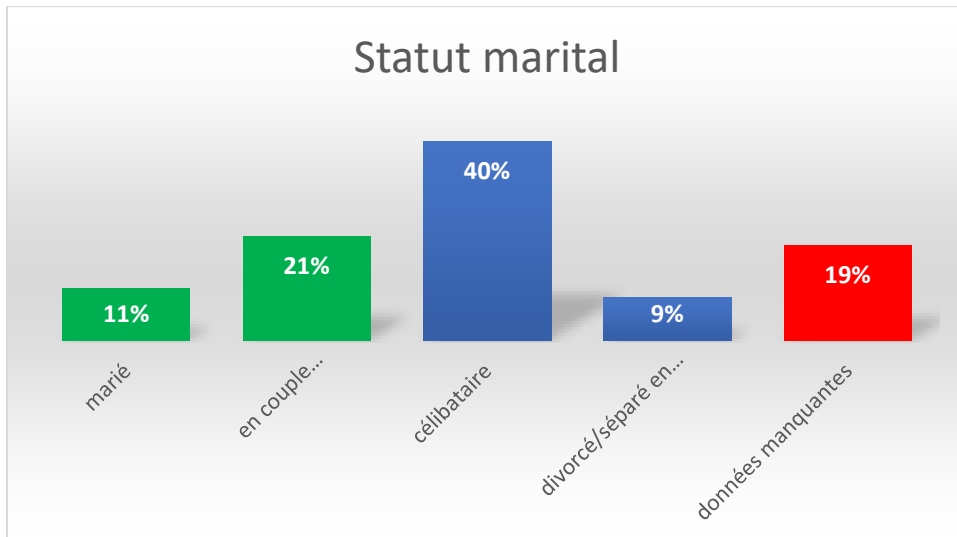


Figure 3 – Statut marital

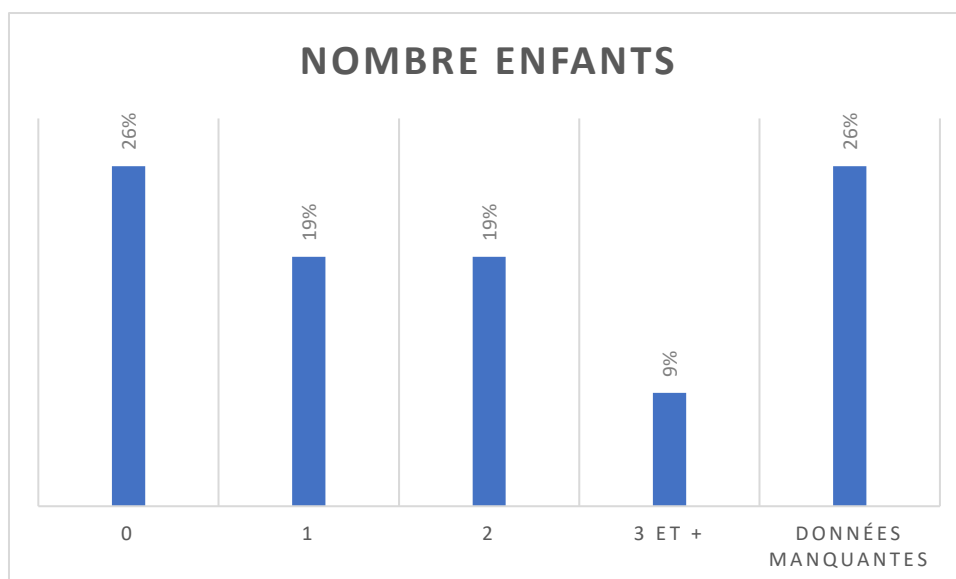


Figure 4 – Nombre enfants

Au niveau des caractéristiques sociales, une majorité des patients n'est pas en couple (célibataire à 40% et divorcé/séparé 9%). Ils ont en majorité un enfant ou plus (47% avec un enfant au minimum).

	n (N = 57)	%
Travail avant incarcération		
Oui	14	25
Non	13	23
Données manquantes	30	53
Mesure de protection juridique		
Oui	3	5
Non	14	25
Données manquantes	40	70
AAH		
Oui	14	25
Non	14	25
Données manquantes	29	51

Tableau 1 – Caractéristiques socio-démographiques

Afin de compléter ces données, un recueil de données sur le travail, la mise sous mesure de justice ainsi que l'allocation adulte handicapé a été faite, malheureusement le nombre de données manquantes est important.

3.2 Antécédents médicaux personnels

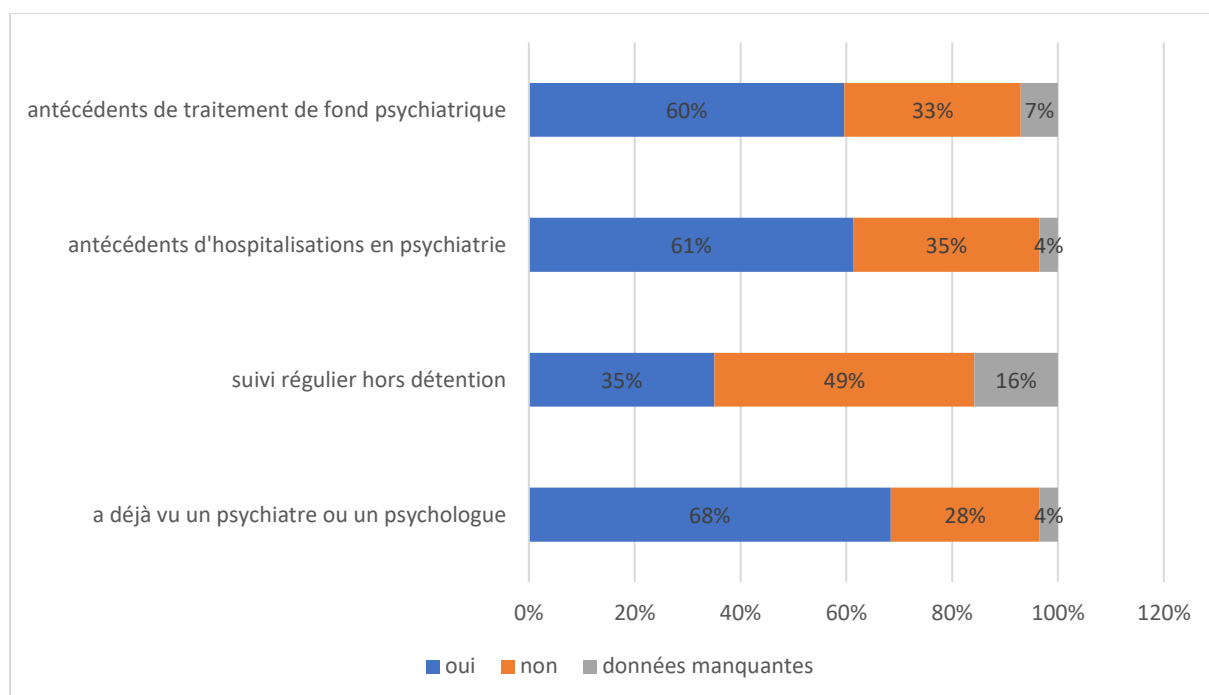


Figure 5 – Antécédents psychiatriques des patients hospitalisés en SPDRE D398

Plusieurs caractéristiques ont été prises en compte pour évaluer les antécédents :

- Si la personne détenue avait déjà vu un psychiatre ou un psychologue une fois par le passé
- Si un suivi régulier avait été fait avant la détention (au minimum 3 consultations)
- Si le détenu a déjà été hospitalisé une fois en psychiatrie
- S'il avait déjà bénéficié d'un traitement de fond pour un trouble psychiatrique (neuroleptique, thymorégulateur ou anti-dépresseur)

Nous pouvons constater qu'avant la détention, plus de la moitié des patients avaient déjà été hospitalisés en psychiatrie ; sensiblement la même proportion de patients

avaient bénéficié d'un traitement de fond, cependant le suivi régulier par un psychiatre était plus rare (figure 5).

	n (N=57)	%
Suivi régulier en détention		
Oui	39	68
Non	18	32
Données manquantes	0	0
Antécédents de tentative de suicide		
Aucune	7	12
1	6	10
Plusieurs	18	31
Données manquantes	26	46
Antécédents psychiatriques familiaux		
Oui	9	16
Non	11	20
Données manquantes	37	65
Antécédents de traumatisme crânien ou trouble neurologique		
Oui	6	10
Non	42	74
Données manquantes	9	16

Tableau 2 – Antécédents psychiatriques et neurologiques

Le suivi régulier en détention a également été relevé (minimum de 3 consultations), avec 68% de patients suivis et 32% non suivis. Dans les 32% de patients qui n'étaient

pas suivi, il est à noter que 5 patients ont été hospitalisés dès leur première consultation avec le psychiatre.

Plus du tiers des patients ont déjà fait une tentative de suicide.

La recherche des antécédents familiaux dans le dossier a été effectuée, malheureusement plus de la moitié des données étaient manquantes.

Une prise en compte des antécédents d'atteinte neurologique potentielle (traumatisme crânien, épilepsie...) a également été faite, celles-ci pouvant influencer les troubles psychiatriques : 6 patients sur 57 ont des atteintes neurologiques, 42 n'en ont pas, et il y a 9 patients pour lesquels les données sont manquantes.

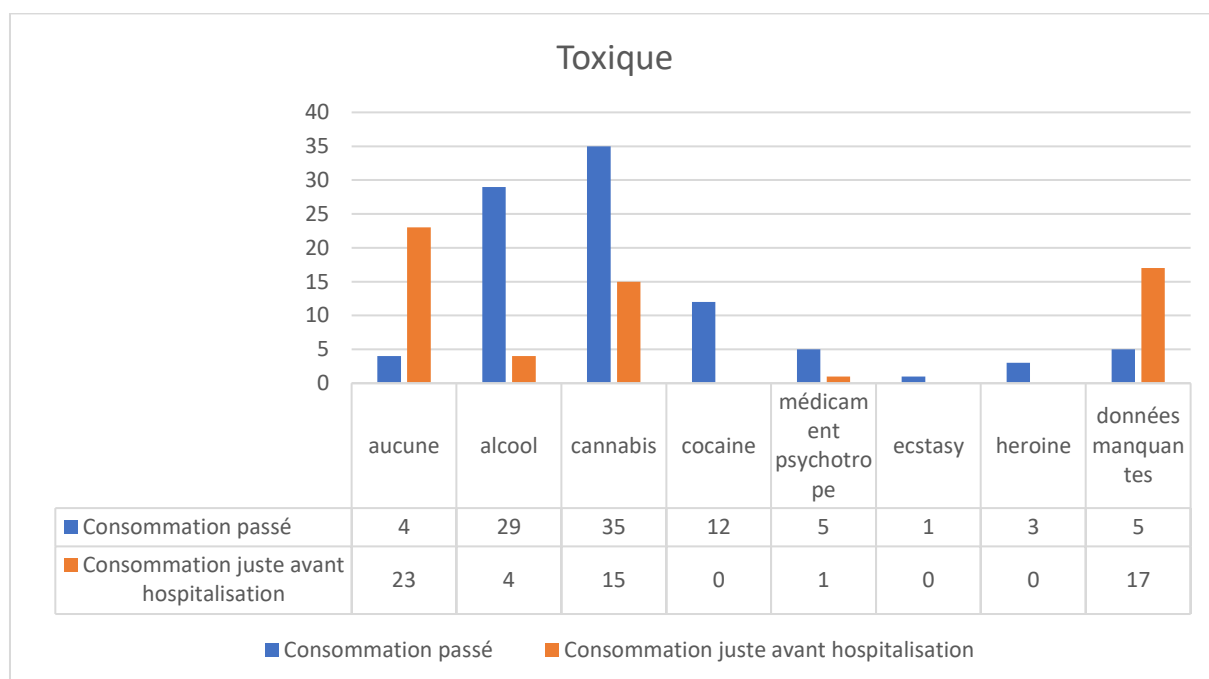


Figure 6 – Antécédents de prise de toxique

Au niveau des antécédents addictologiques, l'absence de données précises dans les comptes-rendus d'hospitalisation n'a pu permettre de caractériser avec précision les consommations selon les recommandations actuelles (usage à risques, usage nocif, dépendance). Ce tableau représente donc les principales prises de toxiques des patients par le passé, et avant leur entrée en hospitalisation.

On peut observer que le cannabis ainsi que l'alcool sont les 2 substances les plus consommées. Très peu de patients n'ont jamais rien consommé de leur vie. On peut voir que les consommations avant l'entrée en hospitalisation sont assez faibles.

3.3 Caractéristique de la prise en charge

L'étude porte sur 83 hospitalisations qui comprend 57 patients. On observe que plus de deux tiers des patients n'ont été hospitalisés qu'une fois, cependant quatre patients ont été hospitalisés 4 fois voire plus, et ce sur une période d'inclusion d'un an (Janvier 2019 à Décembre 2019, tableau 3).

Nombre hospitalisation par patient	N = 57	%
1 hospitalisation	41	72%
2 hospitalisations	10	18%
3 hospitalisations	4	7%
4 hospitalisations et plus	2	4%

Tableau 3 – Nombre hospitalisation en SPDRE D398 par patient sur l'année 2019

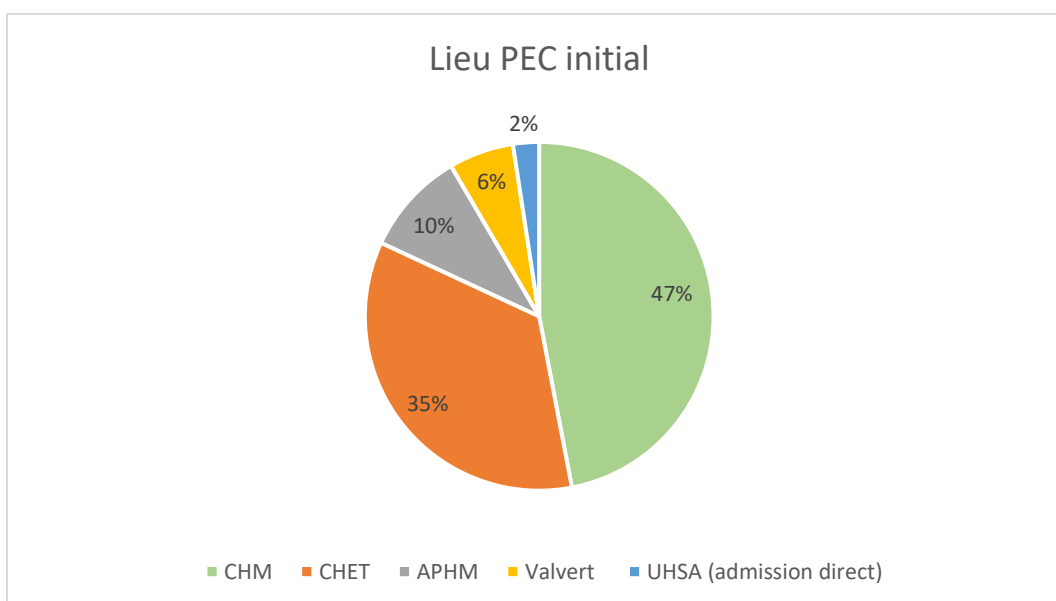


Figure 7 – Lieu de prise en charge initiale des patients

La quasi-majorité des patients a été prise en charge sur l'hôpital Montperrin. Il faut savoir que le lieu de prise en charge initial d'un patient en psychiatrie se fait selon le lieu de domicile, ou la date de naissance si celui-ci est sans domicile fixe, c'est la sectorisation. Dans le cas des hospitalisations des personnes détenues, il y a également à prendre en compte le schéma d'organisation des soins psychiatriques de la région.

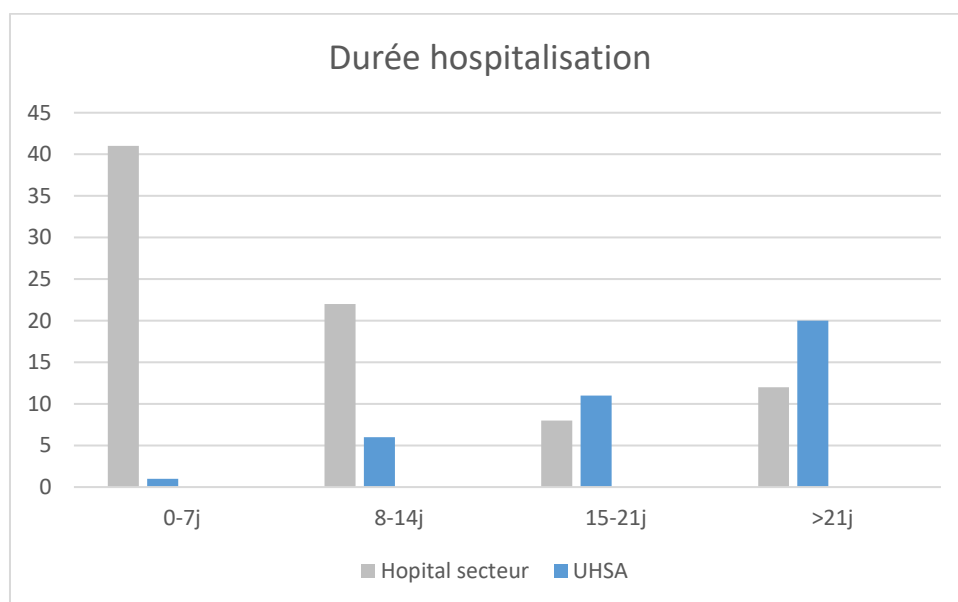


Figure 8 – Durée de prise en charge des patients sur les hôpitaux de secteurs et sur l'UHSA

La durée de la prise en charge totale en hospitalisation est d'en moyenne 11 jours (écart type de 26,4), le plus court étant de 1 jour et le plus long de 132 jours. La médiane est de 11 jours.

La durée de la prise en charge en hôpital de secteur est de 9 jours en moyenne (écart type de 6,8). Le séjour le plus court est de 1 jour et le plus long de 28 jours. La médiane est de 8 jours.

La durée de la prise en charge en UHSA est de 32 jours en moyenne (écart type de 23,09). Le séjour le plus court est de 5 jours et le plus long de 116 jours. La médiane est de 23,5 jours.

La durée moyenne d'attente en hôpital de secteur pour les patients pris en charge à l'UHSA par la suite est de 17,75 jours. Il y a eu 2 admissions directes en UHSA.

Il est à noter qu'il y a eu 3 levées d'écroû durant les prises en charge, et 2 irresponsabilités pénales prononcées.

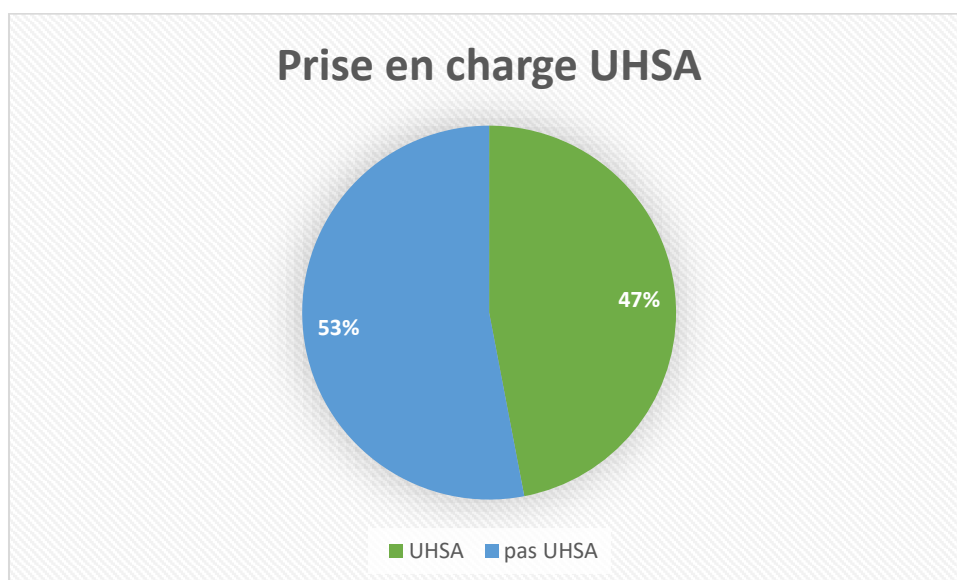


Figure 9 – Prise en charge des patients en UHSA

Plus de la moitié des hospitalisations se sont faites seulement sur l'hôpital de secteur, sans transfert en UHSA. Pour les 39 hospitalisations qui se sont poursuivies en UHSA, il y a eu : 27 passages en soins libres, 11 maintiens en SPDRE (1 donnée manquante).

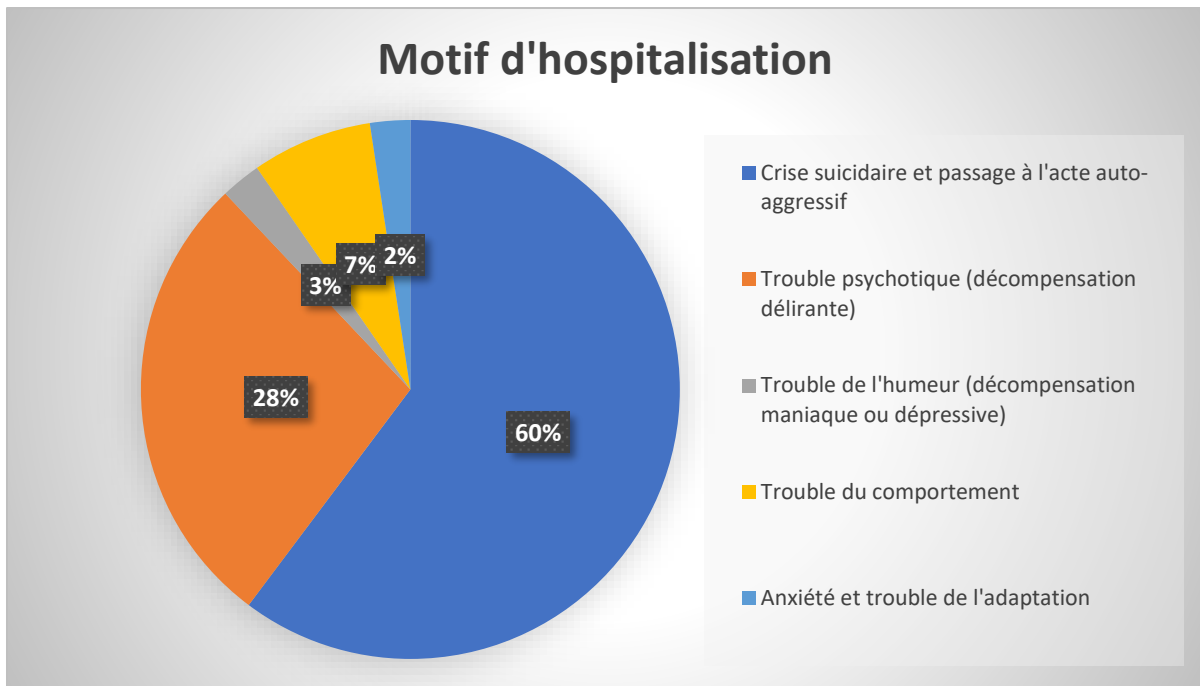


Figure 10 – Motif d'hospitalisation

La majorité des patients sont hospitalisés pour une crise suicidaire ou un passage à l'acte auto-agressif. Le deuxième motif d'hospitalisation le plus fréquent est la décompensation délirante.

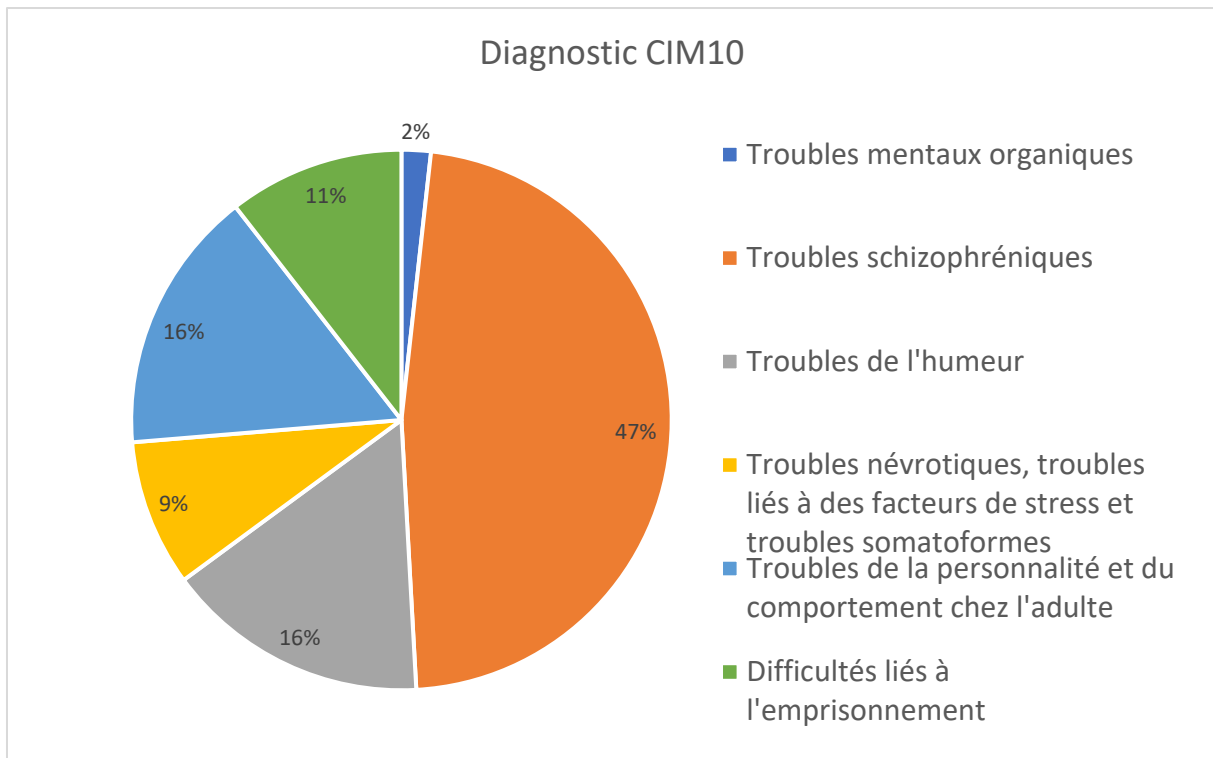


Figure 11 – Diagnostic CIM 10

Les diagnostics des patients ont été relevés à la fois dans le dossier de suivi du patient au SPAD, mais également dans le compte rendu d'hospitalisation de l'hôpital de secteur et de l'UHSA. Les diagnostics étant assez homogènes par patient, cela nous a permis de retenir un diagnostic principal par patient.

On peut voir qu'environ la moitié des patients sont diagnostiqués : schizophrénie, trouble schizotypiques et troubles délirants. Les troubles de l'humeur arrivent en deuxième position, et les troubles de la personnalité en troisième.

Afin d'évaluer les conditions d'hospitalisation, une analyse des mesures de contention et d'isolement a été envisagée ; cependant l'hétérogénéité entre les différentes structures (présence d'un secteur fermé ou pas sur la structure) ne rendait pas ce relevé pertinent. Il est cependant à noter qu'aucun patient n'était dans un service ouvert.

	Avant PEC	Fin de la PEC
Aucun traitement de fond	64%	16%
Monothérapie	31%	58%
Bithérapie	4%	22%
Trithérapie	1%	1%
Association médicamenteuse de 4 traitements et plus	0%	0%
Données manquantes	0%	4%

Tableau 4 – Prise en charge médicamenteuse ne prenant en compte que les traitements de fond des patients à l'entrée et à la sortie d'hospitalisation

Plus de la moitié des patients rentrent en hospitalisation sans traitement de fond, alors que seulement 16% sortent d'hospitalisation sans traitement. Les patients sortent d'hospitalisation majoritairement avec une monothérapie de fond.

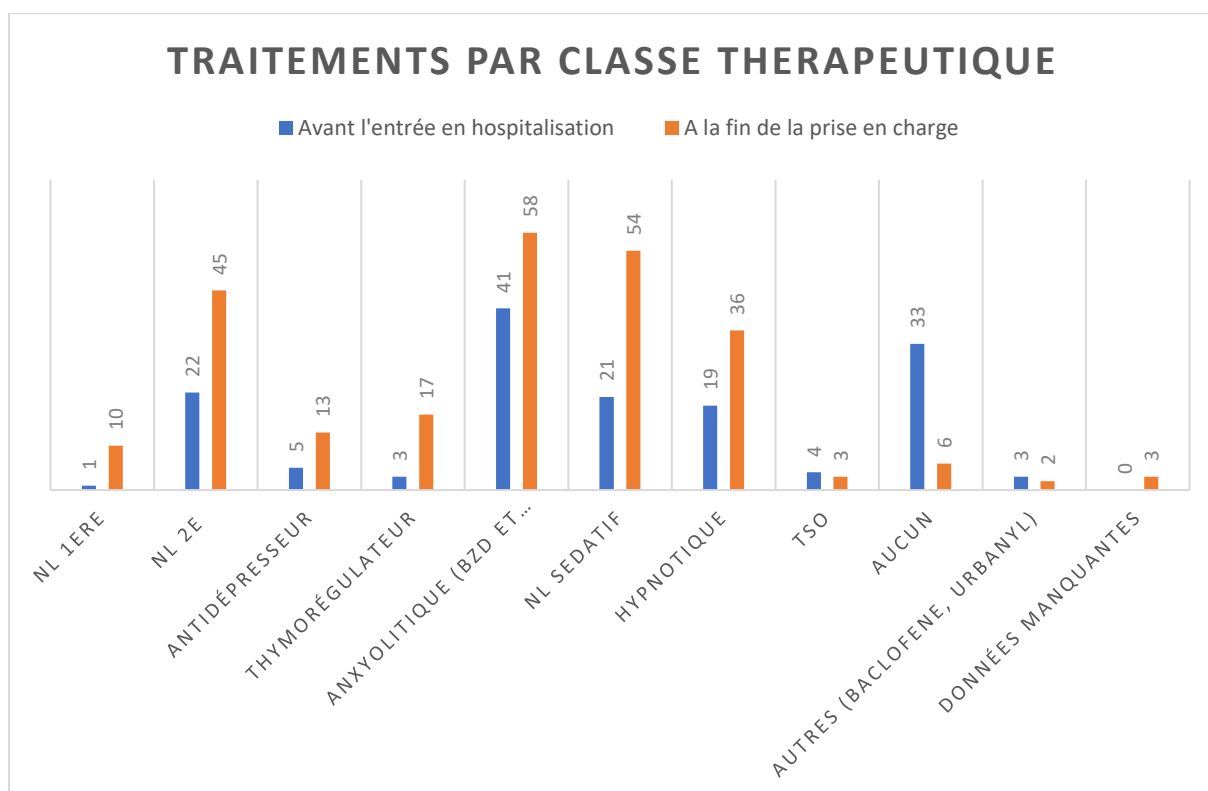


Figure 12 – Traitements psychotropes prescrits à l'entrée et à la sortie d'hospitalisation

Pour ce qui est des traitements par classe médicamenteuse, les deux traitements les plus prescrits à la sortie des patients sur les 83 hospitalisations sont : les anxiolytiques et les neuroleptiques sédatifs. Pour ce qui est des traitements de fond, les plus prescrits sont les neuroleptiques. Seuls 9% des patients sont sortis d'hospitalisation sans aucun traitement.

L'instauration d'un traitement retard a pu se faire sur 10 hospitalisations sur 83. Aucun patient ne bénéficiait d'un traitement par Clozapine.

Dans la cohorte de cette étude, il est à noter qu'un patient s'est suicidé, acte qui a eu lieu le jour du retour en incarcération après une hospitalisation.

3.4 Etude de comparaison entre les variables

Afin de renforcer les données de l'étude, nous avons effectué des tests de comparaison statistique en formant deux groupes : les patients avec antécédents d'hospitalisation en psychiatrie, et ceux sans.

	Antécédents d'hospitalisation en psychiatrie			p value
	oui (n=35)	non (n=20)	VM (n=2)	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Antécédent de suivi psychiatrie				
oui	33 (58%)	5 (8,7%)		p<0,0001
non	2 (3%)	15 (26%)		
VM			2 (3,5%)	

Motif hospitalisation				
Crise suicidaire et passage à l'acte auto-agressif	30 (52%)	21 (37%)	1 (2%)	p=0,6
Trouble psychotique (décompensation délirante)	15 (26%)	7 (12%)	1 (2%)	
Trouble de l'humeur (décompensation maniaque ou dépressive)	1 (2%)	1 (2%)	0 (0%)	
Trouble du comportement	5 (9%)	1 (2%)	0 (0%)	
Anxiété et trouble de l'adaptation	2 (3%)	0 (0%)	0 (0%)	
Diagnostic				
F0	1 (2%)	0 (0%)	0 (0%)	p=0,008
F2	21 (37%)	6 (10%)	0 (0%)	
F3	7 (12%)	2 (3%)	0 (0%)	
F43	1 (2%)	3 (5%)	1 (2%)	
F6	4 (7%)	4 (7%)	1 (2%)	
Z651	1 (2%)	5 (9%)	0 (0%)	
Durée totale de prise en charge en hospitalisation				
<10j	7 (12%)	8 (14%)	1 (2%)	p=0,54
10-20j	5 (9%)	1 (2%)	0 (0%)	
20-30j	6 (10%)	2 (3%)	0 (0%)	
30-40j	3 (5%)	1 (2%)	1 (2%)	
>40j	14 (24%)	8 (14%)	0 (0%)	
Moyenne de durée d'hospitalisation				
	37,2	34,4	17,5	p=0,68
Nombre d'hospitalisation en SPDRE D398 sur année 2019				
1	26 (46%)	14 (24%)	2 (3%)	p=0,9
2	6 (10%)	4 (7%)	0 (0%)	
3	2 (3%)	1 (2%)	0 (0%)	
4	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
5	1 (2%)	1 (2%)	0 (0%)	

Tableau 5 – Caractéristiques des patients ayant des antécédents d'hospitalisation en psychiatrie

Les patients présentant des antécédents d'hospitalisation en psychiatrie dépendaient significativement des antécédents de suivi en psychiatrie, ainsi que du diagnostic posé (principalement celui de trouble schizophrénique F2).

Cependant il ne dépendait pas significativement du motif d'hospitalisation, ni de la durée de prise en charge et du nombre de SPDRE D398 sur l'année 2019.

4 Discussion

La prise en charge des patients en SPDRE D398 est problématique depuis de nombreuses années. L'ouverture progressive des UHSA a permis un changement dans l'organisation des soins psychiatriques aux détenus. Même si ces structures ont permis une amélioration notable sur certains points, la prise en charge psychiatrique de cette population reste un véritable problème de santé publique, actuellement toujours au cœur de nombreuses réflexions politiques et sociales. Les hospitalisations en SPDRE D398 représentent les réelles urgences psychiatriques de la détention, à l'image des soins sous contrainte en milieu ouvert.

L'étude ici présentée est la première de ce type réalisée en France, aucune étude ne s'étant concentrée sur les SPDRE D398. Elle concerne seulement la maison d'arrêt de Luynes 1, Luynes 2 et le centre de détention de Salon, et ce sur l'année 2019, mais elle permet de mettre en lumière certaines données indispensables pour penser et optimiser les soins psychiatriques aux détenus.

4.1 Caractéristiques sociodémographiques

Les patients hospitalisés en SPDRE D398 ont une moyenne d'âge de 32ans, avec une majorité entre 18 et 30ans. Ce chiffre peut être mis en parallèle avec l'âge moyen des patients hospitalisés sous contrainte sur l'hôpital Montperrin, qui est de 42 ans. La différence d'âge entre les 2 est flagrante, mais il faut prendre en compte les caractéristiques de la population carcérale en général (tranche âge la plus représentée est celle des 30-39ans) (52).

Le statut marital, le travail, la précarité sont des facteurs socio-économiques importants à prendre en compte. Comme le montre le rapport HAS 2011 sur la dangerosité psychiatrique (50), l'âge jeune (<40ans), le genre masculin, le statut économique précaire, le faible niveau d'éducation et le célibat sont des facteurs associés à une violence hétéro-agressive chez les patients souffrant de troubles schizophréniques et de troubles de l'humeur. Ces facteurs étaient donc importants à prendre en compte dans l'étude, malheureusement le taux de données manquantes important n'a pas permis une analyse de leurs résultats.

De plus, on sait aussi que ces facteurs représentent une vulnérabilité socio-économique qui peut avoir des conséquences significatives sur la réinsertion, et donc sur la récurrence (69). L'étude « Les facteurs de risque, de protection et de désistance » énumère les 8 principaux facteurs de risques identifiés de récurrence (passé criminel, fréquentation de pairs ayant des activités délinquantes, attitude favorable à certaines activités délinquantes, troubles de la personnalité dits « antisociaux », éducation et travail, relations conjugales et familiales, loisirs et temps libre, et enfin consommation d'alcool et de drogues). Ce qui permet d'insister sur l'importance d'une prise en charge globale et multidisciplinaire de ces patients.

4.2 Antécédents personnels médicaux

Les détenus pris en charge en SPDRE D398 ont pour la majorité, déjà été pris en charge en hospitalisation psychiatrique, et ont eu par le passé un traitement de fond psychiatrique. Ce sont donc principalement des patients qui étaient déjà « connus » de la psychiatrie mais peu suivis.

Ces données sont en accord avec les remontées des personnels soignants exerçant en milieu carcéral. Depuis des années, la prévalence des troubles psychiatriques en prison est dénoncée, avec cette difficulté de quantifier ces troubles psychiatriques. Comme le montre la dernière étude épidémiologique réalisée en France sur la santé mentale dans les prisons françaises (27) : huit détenus masculins sur dix souffrent d'au moins un trouble psychiatrique et, parmi eux, 24 % souffrent d'un trouble psychotique, 42 % des hommes et la moitié des femmes en métropole ont des antécédents personnels et familiaux d'une gravité manifeste, 40 % des hommes et 62 % des femmes détenues présenteraient un risque suicidaire.

Une étude sur la santé mentale de la population carcérale du Nord-Pas-de-Calais conduite entre 2015 et 2017 a confirmé ces données et mis en lumière des comorbidités très fréquentes, puisque 45 % des arrivants en détention présenteraient au moins deux troubles psychiatriques et plus de 18 % au moins quatre troubles (70).

Dans l'étude ici menée, on peut observer que la moitié des patients ont des antécédents psychiatriques. Comment expliquer leur présence en milieu carcéral ? Nous revenons ainsi à la problématique du nombre d'irresponsabilités pour trouble psychiatrique en France, qui est actuellement au chiffre le plus bas depuis des années (34). Rappelons que la peine ne peut avoir de sens que si elle est comprise, et l'irresponsabilité pénale pour trouble psychiatrique est définie par l'article 122-1 du Code Pénal (9):

« 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 ».

La personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable. Toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime. Si est encourue une peine privative de liberté, celle-ci est réduite du tiers ou, en cas de crime puni de la réclusion criminelle ou de la détention criminelle à perpétuité, est ramenée à trente ans. La juridiction peut toutefois, par une décision spécialement motivée en matière correctionnelle, décider de ne pas appliquer cette diminution de peine. Lorsque, après avis médical, la

juridiction considère que la nature du trouble le justifie, elle s'assure que la peine prononcée permette que le condamné fasse l'objet de soins adaptés à son état.

Comme Protais C. le décrit dans son article (34), on peut constater entre 1984-2010 une division par 4,3 des non-lieux pour cause de troubles mentaux pour atteindre 0,4% en 2010.

Outre les irresponsabilités pénales psychiatriques rarissimes, d'autres facteurs sont également à prendre en compte comme l'évoque Bodon M. dans son article « Être schizophrène en prison » (71) : dépistage systématique des troubles mentaux dès l'arrivée en détention, effets de la désinstitutionnalisation, comorbidité grandissante des troubles psychotiques et conduites addictives, tendance de certains experts à conférer un « sens thérapeutique » à la réponse pénale, représentation sociétale de malades dangereux, organisation de la justice avec des décisions expéditives et un recours grandissant à la détention provisoire...

Ces facteurs font partie des raisons pour lesquelles des patients connus de la psychiatrie, et qui ont besoin de soins, se retrouvent en détention.

Parmi les patients sans antécédents psychiatriques, on a pu relever que 5 patients sur les 57 pris en charge ont été hospitalisés dès leur premier entretien avec le psychiatre exerçant dans le milieu carcéral. Malheureusement nous n'avons pas pu avoir accès aux données pénales, ce qui aurait pu nous permettre de voir si ces premières consultations amenant à une hospitalisation étaient dans la période du choc carcéral. Cependant ce constat interroge l'efficacité des expertises de garde à vue qui sont censées être le premier filtre auquel est soumise la personne ayant des troubles psychiatriques. Or, comme cela est décrit dans le rapport HAS sur les expertises (72), ces expertises de garde à vue sont souvent faites dans de mauvaises conditions et l'évaluation clinique n'est pas toujours optimale.

Dans l'étude présentée, le différentiel entre le nombre de patients suivis régulièrement avant l'incarcération et le nombre de patients suivis en incarcération, on peut observer que l'un est de 35% et l'autre de 68%. Ceci peut être expliqué par la mise en place d'un système de dépistage des troubles psychiatriques à l'entrée en incarcération, dépistage réalisé par les médecins généralistes lors de l'accueil des détenus. De plus, un mode d'entrée fréquent en soins psychiatriques est le signalement par le personnel pénitentiaire, qui, lorsqu'il est inquiet pour un détenu, écrit un signalement transmis

ensuite au service de soins psychiatriques aux détenus. Malgré cela, on peut voir que tous les patients hospitalisés n'étaient pas forcément suivis par le service psychiatrique. Ceci peut s'expliquer par la clinique de certains patients, un patient délirant avec des troubles du comportements va forcément attirer plus l'attention des surveillants, qu'un détenu qui ne sort jamais de sa cellule, ce qui peut être également l'expression d'un syndrome négatif.

Fovet et Al en 2018 (73) aborde justement cette question en se demandant si les soins psychiatriques en milieu pénitentiaire n'étaient pas réservés aux patients présentant un risque auto ou hétéro-agressif. Or cela pourrait mener à un retard de prise en charge, notamment pour les patients souffrants de trouble psychotiques en détention, et l'on connaît bien maintenant les conséquences de l'allongement de la durée de psychose non traitée chez les patients.

Lorsqu'on regarde les antécédents suicidaires des patients inclus dans l'étude, on peut observer que 24 patients sur 57 ont déjà fait au moins une tentative de suicide, ce qui représente quasiment la moitié. Nous savons depuis des années que le fait d'avoir un antécédent personnel de tentative de suicide représente un facteur de risque suicidaire, de même que le fait d'avoir un diagnostic de trouble psychiatrique (28).

Cette problématique du suicide en prison est illustrée dans cette étude : un des patients inclus dans l'étude s'est suicidé à son retour d'hospitalisation. Ceci interroge sur les soins et la durée optimale d'hospitalisation dont il a bénéficié, son passage à l'acte ayant eu lieu quelques heures seulement après son retour en détention.

Les antécédents familiaux psychiatriques ont cherché à être relevé, mais les données manquantes étaient trop importantes pour permettre une prise en compte.

Les antécédents de troubles neurologiques ont ici été pris en compte pour deux raisons : ceux-ci peuvent être la cause des troubles psychiatriques, mais aussi parce qu'au niveau médico-légal, un déficit neurologique quel qu'en soit l'identité doit être intégré dans la question de la responsabilité d'une personne par rapport aux actes qu'il a commis. On peut ici voir que 6 patients sur 57 ont des antécédents neurologiques : AVP, épilepsie...

4.3 Caractéristiques de la prise en charge

➤ Nombre d'hospitalisations

Bien qu'une majorité n'ait été hospitalisé qu'une fois, 28% des patients ont été hospitalisés en SPDRE D398 au moins 2 fois, c'est sans compter les hospitalisations faites en soins libres sur l'UHSA. Ce chiffre met en avant le fait que des patients, avec des troubles psychiatriques graves, sont incarcérés et nécessitent des soins relevant normalement de l'hôpital psychiatrique. Pourtant ces patients n'ont pas été irresponsabilisés, et durant leur incarcération, qui peut être longue en fonction de l'infraction commise, ils vont devoir bénéficier à plusieurs reprises d'une hospitalisation en urgence en psychiatrie sous contrainte. Les SPDRE D398 sont l'une des problématiques auxquelles la création des UHSA était censée répondre. Or dans le rapport fait sur la première tranche des UHSA (74), il est décrit que non seulement les UHSA n'ont pas réglé cette question mais qu'en plus le nombre d'hospitalisations en SPDRE D398 avait augmenté.

Une étude analytique sur ces patients hospitalisés plusieurs fois en SDRE D398 pourrait permettre d'identifier les facteurs de risques et donc les préventions possibles pour éviter ces hospitalisations multiples.

Les détenus hospitalisés en SPDRE D398 sont pris en charge soit sur des hôpitaux de secteur, soit directement en UHSA. Comme on peut le voir dans cette étude, la quasi-totalité des hospitalisations débutent sur les hôpitaux de secteurs. Il est important de préciser que la prise en charge des SPDRE D398 dans ces établissements ne se fait pas dans les mêmes conditions étant donné les structures hétérogènes dont elles sont dotées. Dans certains hôpitaux, les services de psychiatrie sont dotés d'un service fermé au sein duquel les patients peuvent circuler librement, sauf s'il y a une indication clinique d'une mise en chambre d'isolement stricte. Or dans d'autres hôpitaux, les services de psychiatrie sont dotés d'une ou 2 chambres d'isolement par service, les patients pris en charge dans ces services sont donc automatiquement en chambre d'isolement stricte. De plus, il n'y a pas de passage possible en soins libres sur l'hôpital de secteur, les soins libres ne se font que dans les UHSA. N'oublions pas également de rappeler que la responsabilité de la surveillance du détenu une fois qu'il est pris en charge à l'hôpital psychiatrique

incombe à la direction de l'hôpital (art D394 et D398). Il est très rare qu'une direction d'hôpital prenne le risque de mettre en service ouvert un SPDRE D398 (aucun patient de la cohorte étudiée n'a bénéficié de ce type de structure).

➤ La durée d'hospitalisation :

On peut noter la différence importante entre la durée de prise en charge à l'UHSA et sur l'hôpital de secteur. Cette différence montre une tendance observée sur le terrain et dans l'évaluation de la première tranche des UHSA (74) : c'est généralement l'hôpital de secteur qui gère la « crise » et l'UHSA qui prend en charge les hospitalisations nécessitant une longue prise en charge.

A titre indicatif, nous avons pu récupérer la durée moyenne d'hospitalisation sous contrainte des patients du milieu ouvert sur l'année 2019 à l'hôpital Montperrin. Elle est de 46 jours en moyenne, alors que dans notre étude sur les patients détenus hospitalisés sous contrainte, elle est de 11 jours. Ce différentiel important est à regarder sous l'angle de l'approche thérapeutique : en sachant qu'un traitement neuroleptique met en moyenne 2 à 3 semaines pour faire effet et qu'un traitement antidépresseur met entre 2 et 4 semaines à être efficace (28), comment peut-on assurer une stabilité et une prise en charge optimale du patient avec une durée moyenne d'hospitalisation de 11 jours ? Cette durée courte d'hospitalisation est souvent expliquée par une réticence des hôpitaux de secteurs à recevoir des SPDRE D398, à la fois par peur mais aussi par difficulté de prise en charge par moment.

➤ Le motif d'hospitalisation

Dans notre étude plus de la moitié des hospitalisations se sont faites pour une crise suicidaire ou un passage à l'acte auto-agressif. Comme nous l'avons évoqué précédemment, le suicide est la première cause de mortalité en milieu carcéral, les comportements suicidaires sont largement plus fréquents en population carcérale qu'en population générale, malgré un accès en apparence « limité » aux moyens létaux... Au niveau national, le taux de suicide en population carcérale est 7 fois supérieur à celui observé en population générale (51). Même si des améliorations ont été faites depuis quelques années (sensibilisation des surveillants et des travailleurs

en milieu pénitentiaire, identification des facteurs de risques dans le milieu carcéral), ces crises suicidaires restent toujours une problématique majeure. Selon cette dernière étude, la prise en charge de la prévention du suicide en prison s'organise autour de 3 axes :

- Les prises en charge des troubles psychiatriques
- L'utilisation d'outils spécifiques : Un guide méthodologique a été édité par le ministère de la Justice, de la Solidarité et de la Santé, rappelant les grands axes de prévention et la conduite à tenir pour le personnel de l'administration pénitentiaire (62).
- Le contrôle des facteurs de risques environnementaux et psychosociaux

Etant donné l'importance des crises suicidaires en milieu carcéral, une meilleure prise en charge de celle-ci pourrait permettre de diminuer leur nombre et donc le nombre d'hospitalisations.

Le deuxième motif d'hospitalisation le plus fréquent est une décompensation délirante (un quart).

➤ Diagnostic

Lorsque l'on regarde les diagnostics des détenus inclus dans l'étude, on peut voir que quasiment la moitié des patients sont diagnostiqués d'un trouble schizophrénique. On aurait pu croire au vu des motifs d'hospitalisations que les troubles de l'humeur seraient plus présents, cependant un patient souffrant d'un trouble schizophrénique peut aussi faire une crise suicidaire dans un contexte délirant (injonctions hallucinatoires...). Comme l'évoque Bodon M. dans son article « Etre schizophrène en prison » (71), la surreprésentation de la schizophrénie en prison concerne l'ensemble de ses formes cliniques. Leur expression clinique riche est fortement en lien avec le régime de vie carcérale et la valence pro-psychotique de la détention. Certains patients stabilisés s'accommodent assez bien de la routine pénitentiaire qui reproduit le rythme de la chronicisation asilaire, d'autres, en état de rechute symptomatique, interrogent plus le monde de la prison sur l'adéquation de leur pathologie avec leur présence en milieu carcéral. Rappelons que cette pathologie est handicapante, invalidante, et

laisse peu de place à des capacités opérantes d'adaptation. L'environnement carcéral est propice aux rechutes délirantes, notamment paranoïdes.

La clinique pénitentiaire est également marquée par une surreprésentation des troubles de la personnalité. Dans notre étude, on peut voir que cela concerne 16% des patients, ce chiffre étant sûrement sous-estimé car le diagnostic de troubles de la personnalité est souvent peu posé.

Il faut aussi prendre en compte le milieu carcéral, particulièrement anxiogène du fait de : l'enfermement, l'éloignement familial, les relations avec les autres détenus et les surveillants... On peut voir que 20% des patients ont été diagnostiqués dans les troubles de réactions aigus à des facteurs de stress (difficulté liée à l'emprisonnement et trouble lié à un facteur de stress).

Ces chiffres renforcent le fait que des troubles psychiatriques graves sont présents en prison, et sont majorés ou déclenchés par les conditions d'incarcération.

➤ Traitement :

Une majorité des patients rentrent en hospitalisations sans traitement de fond, cela peut être par refus de leur part (rappelons qu'une prise de traitement ne peut être imposé dans un milieu carcéral hors urgence vitale) ou par non-prescription. A la sortie, seuls 16% des patients sortent sans traitement de fond, et 9% sans traitement du tout.

Les traitements les plus prescrits à la sortie d'hospitalisation sont les anxiolytiques et les neuroleptiques sédatifs. Cela interpelle particulièrement, car les anxiolytiques ont un potentiel addictogène important et l'on sait que les problématiques addictologiques sont importantes en prison, de l'ordre de 27% selon la dernière étude (26). Lorsqu'un patient est hospitalisé, il lui est souvent initialement prescrit des benzodiazépines et des neuroleptiques sédatifs pour prendre en charge la crise, en attendant l'efficacité du traitement de fond. Le fait que plus de la moitié des traitements en fin d'hospitalisation comporte des benzodiazépines, et que le deuxième le plus prescrit soit les neuroleptiques sédatifs, interpelle sur la durée optimale de ces hospitalisations, et l'atteinte réelle d'une amélioration clinique avec un traitement minimum.

On peut observer que la prescription de traitements psychotropes est plus importante dans le milieu carcéral qu'en milieu ouvert : la moitié des détenus en moyenne ont un traitement psychotrope (48) alors que la dernière étude en milieu ouvert effectuée en 2012 par Beck et Coll (75) montre que sur la population des 18-64ans, en moyenne 17,5% a consommé des substances psychotropes dans l'année.

Les traitements retardés ont été instaurés dans 10 hospitalisations sur 32 patients mis sous neuroleptique. Comme l'ont montré les recommandations publiées par l'Encéphale (76), la non-observance du traitement antipsychotique est un problème majeur dans le cadre de la prise en charge de la schizophrénie et des troubles psychiatriques en général. Le défaut d'observance au traitement est estimé à 40-60% chez les patients sous antipsychotiques par voie orale, ce qui représente un handicap majeur à la stabilisation du patient schizophrène. Or il est clairement montré que les patients observants ont un risque d'hospitalisation et de rechute nettement inférieur à celui des non observants. Dans ce contexte, les antipsychotiques atypiques à action prolongée représentent une alternative thérapeutique pour les patients peu observants ou observants qui en font le choix. Dans notre étude, on peut voir que sur les 83 hospitalisations, 55 sortent d'hospitalisation sous neuroleptiques, et très peu sous antipsychotique à action prolongée malgré la preuve que ceux-ci améliorent l'observance et donc diminuent le risque d'hospitalisation. Une proposition plus systématique des traitements retardés pourrait éventuellement être une piste d'amélioration pour la prise en charge des patients détenus nécessitant des neuroleptiques. Corrélativement nous pouvons à nouveau évoquer la durée de la prise en charge en hospitalisation ; étant trop courte, elle ne permet pas forcément une mise en place de traitement retardé, qui ne peut se faire généralement qu'après atteinte d'une stabilité sous neuroleptique per os.

4.4 Etude comparative

Cliniquement la formation de 2 groupes de patients l'un avec antécédents d'hospitalisation en psychiatrie et l'autre non semblait intéressante. Comme nous avons pu le souligner, de nombreux patients en détention sont des patients connus de la psychiatrie. Une meilleure étude de leurs caractéristiques et de leur prise en charge

pourrait surement permettre de limiter ses hospitalisations en SPDRE D398. Malheureusement dans notre étude, les résultats retrouvés sont non significatifs sur les variables : durée d'hospitalisation, nombre de jour de prise en charge et nombre d'hospitalisation en SPDRE D398 sur la période observée.

4.5 Limite de l'étude et perspective :

La principale limite de notre étude est qu'il s'agit d'une étude rétrospective. Les données ayant été récupérées sur les comptes-rendus des patients hospitalisés, nous pouvons déplorer également des données manquantes importantes sur certains facteurs (notamment les caractéristiques sociales). La seconde limite majeure de ce travail est que l'échantillon est faible et qu'il est possible qu'il y ait un effet centre étant donné que l'inclusion s'est faite dans une même région.

En 2010, le rapport sénatorial sur « Prison et troubles mentaux » (22) insistait sur la nécessité de mieux connaître les troubles psychiatriques en milieu carcéral afin d'adapter leur prise en charge. Depuis ce rapport, il n'y a eu aucune nouvelle étude au niveau national.

Il serait donc intéressant de promouvoir des études de cohorte, à grande échelles, sur les détenus majeurs souffrant de troubles psychiatriques, à la fois pour obtenir les prévalences de ces troubles, mais aussi pour décrire plus précisément les problématiques de ces détenus afin de déterminer leurs besoins en termes de santé mentale. A plus long terme, une étude prospective, incluant également des femmes, permettrait d'apprécier l'évolution de ces patients ainsi que la continuité des soins initiés en détention. Ceci pourrait nous permettre d'améliorer nos pratiques et notamment de travailler le lien entre les différents acteurs impliqués dans les soins.

5 Conclusion

La création des UHSA a considérablement modifié le paysage des soins proposés aux détenus majeurs, qui ont maintenant la possibilité d'une prise en charge en soins libres, dans un milieu adapté et connaissant les problématiques carcérales. Cependant, nous avons pu constater jusqu'ici une absence de données sur ce mode d'hospitalisation SPDRE D398 qui représente les urgences psychiatriques chez les détenus.

Plus de la moitié des patients inclus dans l'étude avaient des antécédents psychiatriques importants, illustrant ce que les professionnels de santé dénoncent depuis des années : il y a de plus en plus de patients connus souffrant de troubles psychiatriques graves qui sont incarcérés. La durée moyenne d'hospitalisation en SPDRE D398 dans la population incluse est courte et ne permet pas une prise en charge thérapeutique et médicamenteuse optimale.

En décrivant, à travers ce travail, les prises en charges des patients en SPDRE D398, nous avons pu mettre en évidence les caractéristiques de ces patients hospitalisés, ainsi que les limites et les difficultés rencontrées lors de leur hospitalisation. Cette population demande une adaptation du projet médical, un ajustement des équipes et une harmonisation des prises en charge afin d'offrir aux patients détenus les mêmes soins qu'en milieu libre.

Tous ces questionnements concernant l'organisation et l'offre de soins psychiatriques proposée aux patients détenus ne peuvent se régler sans prendre en compte une problématique plus large qui est celle de l'importance des troubles psychiatriques en prison et des facteurs l'expliquant. Si l'on arrivait à mettre en place des filtres plus importants (irresponsabilité, expertise de garde à vue...) en amont de l'incarcération pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques, ne pourrait-on pas rapidement diminuer les hospitalisations en SPDRE D398 et donc les coûts qu'elle engendre ? Une réponse à cette question, intermédiaire entre la justice et la psychiatrie, permettrait peut-être d'obtenir une réponse politique adaptée.

Références bibliographiques

1. Ministère Justice. Mesure incarcération octobre 2019 [Internet]. [cité 27 nov 2019]. Disponible sur: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Mesure_incarceration_octobre_2019.pdf
2. Renneville M. Crime et folie. Deux siècles d'enquêtes médicales et judiciaires. Paris: Fayard;
3. Beccaria C. Des délits et des peines. Lyon: ENS Edition;
4. Code pénal (ancien) - Article 64. Code pénal (ancien).
5. Senon J-L, Voyer M. Psychiatrie légal et criminologie clinique. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson;
6. CNLE. Le XIXe siècle, la loi de 1838 et l'« aliéniste » [Internet]. [cité 25 août 2020]. Disponible sur: <https://www.cnle.gouv.fr/le-xixe-siecle-la-loi-de-1838-et-l.html>
7. Senat. Proposition de loi relative à l'atténuation de responsabilité pénale applicable aux personnes atteintes d'un trouble mental ayant altéré leur discernement au moment des faits [Internet]. [cité 25 août 2020]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/l10-216/l10-2161.html>
8. Loi n° 81-908 du 9 octobre 1981 portant abolition de la peine de mort.
9. Code pénal - Article 122-1. Code pénal.
10. Loi n° 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs.
11. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002.
12. Bodon-Bruzel M. Historique et évolution de l'organisation des soins en milieu carcéral. La revue de l'infirmière. 22 avr 2013;62(189):16-9.
13. Circulaire interministérielle Santé-Justice du 28 Mars 1977.
14. Décret n°94-929 du 27 octobre 1994 relatif aux soins dispensés aux détenus par les établissements de santé assurant le service public hospitalier, à la protection sociale des détenus et à la situation des personnels infirmiers des services déconcentrés de l'administration pénitentiaire. 94-929 oct 27, 1994.
15. Circulaire DGS/SD6C n° 2002-258 du 6 avril 2002 relative à la prévention des suicides dans les établissements pénitentiaires [Internet]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-41/a0413305.htm>
16. LOI n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice. 2002-1138 sept 9, 2002.
17. LOI n° 2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental. 2008-174 févr 25, 2008.

18. Renneville M. Psychiatrie et prison : une histoire parallèle. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. oct 2004;162(8):653-6.
19. Pradier P. La gestion de la santé dans les établissements du programme 13 000: Évaluation et perspectives. *Médecine & Droit*. janv 2000;2000(40):23.
20. Hyst J-J, Cabanel GP. Rapport de la comission d'enquête sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France [Internet]. Sénat; [cité 25 août 2020]. Report No.: 449. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/I99-449/I99-4491.pdf>
21. Thomas P, Fovet T, Amad A. Psychiatrie en milieu pénitentiaire, entre nécessité et ambiguïté. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 1 mai 2015;173(4):348-51.
22. Barbier G, Demontès C. Rapport d'information fait au nom de la comission des affaires sociales et de la comission des lois constitutionnelles, de législations, du suffrage universel, du règlement et de l'administration générale, par le groupe de travail sur la prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux ayant commis des infractions. Sénat; 2010 mai.
23. Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *The Lancet*. févr 2002;359(9306):545-50.
24. Fazel S, Seewald K. Severe mental illness in 33 588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. *British Journal of Psychiatry*. mai 2012;200(5):364-73.
25. Baranyi G, Scholl C, Fazel S, Patel V, Priebe S, Mundt AP. Severe mental illness and substance use disorders in prisoners in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis of prevalence studies. *The Lancet Global Health*. 1 avr 2019;7(4):e461-71.
26. DRESS. La santé des personnes entrées en prison en 2003. 2003;12.
27. Falissard B, Loze J-Y, Gasquet I, Duburc A, de Beaurepaire C, Fagnani F, et al. Prevalence of mental disorders in French prisons for men. *BMC Psychiatry*. déc 2006;6(1):33.
28. Collège national des Universitaires de Psychiatrie (France), Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique (France), Collège universitaire national des enseignants en addictologie (France). Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie. 2016.
29. Plancke L, Fovet T. La santé mentale des personnes entrant en détention dans le Nord et le Pas-de-Calais [Internet]. [cité 3 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.f2rsmpsy.fr/fichs/18298.pdf>
30. Ailam L, Rchidi M, Tortelli A, Skurnik N. Le processus de désinstitutionnalisation. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. août 2009;167(6):455-8.
31. Senon JL. Psychiatrie et prison : toujours dans le champ de l'actualité. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 1 oct 2004;162(8):646-52.
32. Bodon-Bruzel M. Psychiatrie en milieu pénitentiaire. *EMC - Psychiatrie*. janv 2013;10(1):1-17.
33. Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Avis du 14 octobre 2019 relatif à la prise en charge des personnes détenues atteintes de troubles mentaux [Internet]. [cité 24 févr 2020]. Disponible sur: https://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2019/11/joe_20191122_0271_0136.pdf
34. Protais C. La responsabilisation des malades mentaux criminels en France : origines et conséquences. *Rhizome*. 2015;N° 56(2):11-2.

35. Protais C. Les malades mentaux dans les prisons françaises : le rôle de l'expertise psychiatrique. *Mouvements*. 18 nov 2016;n° 88(4):27-33.
36. Zagury V. Procédure pénale.
37. Rossinelli G. Violence et psychiatrie : quels experts ? pour quels rôles ? L'information psychiatrique. 2006;Volume 82(8):655-62.
38. LOI n° 2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales. 2014-896 août 15, 2014.
39. Leghtas I. Double peine [Internet]. Human Rights Watch. 2016 [cité 25 août 2020]. Disponible sur: <https://www.hrw.org/fr/report/2016/04/05/double-peine/conditions-de-detention-inappropriées-pour-les-personnes-presentant>
40. Code de procédure pénale - Article 720-1-1. Code de procédure pénale.
41. David M. La suspension de peine pour raison médicale. *L'information psychiatrique*. 18 févr 2014;Volume 90(1):8-10.
42. LOI n° 2019-222 du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice. 2019-222 mars 23, 2019.
43. Zagury D. Irresponsabilité pénale du malade mental : le rôle de l'expert. *Penal*. sept 2004;(9):311-5.
44. Archer E, Adins C, Cousin V, Hautekeete M, Theret A. Evaluation de la souffrance psychique liée à la détention. p. 206.
45. Haute autorité santé. Prise en charge de la psychopathie [Internet]. [cité 26 août 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_272478/fr/prise-en-charge-de-la-psychopathie
46. Le Bihan P, Benezech M. Personnalités paranoïaques. *EM-Consulte* [Internet]. [cité 22 mars 2020]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1251953/alerteM>
47. Manzanera C, Senon J-L. Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire : organisation, moyens, psychopathologies et réponses thérapeutiques. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 1 oct 2004;162(8):686-99.
48. Fovet T, Amad A, Adins C, Thomas P. Psychotropes en milieu pénitentiaire : de la fiole à l'AMM. *La Presse Médicale*. 1 mai 2014;43(5):520-8.
49. Dubreucq J, Joyal C, Millaud F. Risque de violence et troubles mentaux graves. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2005;
50. Haute autorité santé. Evaluation de la dangerosité psychiatrique. 2011.
51. Eck M, Scouflaire T, Debien C, Amad A, Sannier O, Chan Chee C, et al. Le suicide en prison : épidémiologie et dispositifs de prévention. *La Presse Médicale*. 1 janv 2019;48(1, Part 1):46-54.
52. Ministère Justice. Chiffres clés 2018 [Internet]. [cité 27 nov 2019]. Disponible sur: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/chiffres_cles_2018_FINALE_.pdf
53. Prisons OI des. Centre de détention de Salon-de-Provence [Internet]. oip.org. [cité 26 août 2020]. Disponible sur: <https://oip.org/etablissement/centre-de-detention-de-salon-de-provence/>

54. Prisons OI des. Surpopulation carcérale : la CEDH condamne la France à y mettre un terme [Internet]. oip.org. [cité 26 août 2020]. Disponible sur: <https://oip.org/communiqu/surpopulation-carcerale-la-cedh-condamne-la-france-a-y-mettre-un-terme/>
55. Cour européenne des droits de l'homme. J.M.B. ET AUTRES c. FRANCE [Internet]. Disponible sur: <https://hudoc.echr.coe.int/eng#%7B%22itemid%22:%5B%22001-200446%22%5D%7D>}
56. Prisons OI des. Constructions de prison : places et population carcérale toujours à la hausse [Internet]. oip.org. [cité 4 févr 2020]. Disponible sur: <https://oip.org/infographie/constructions-de-prison-places-et-population-carcerale-a-la-hausse-depuis-15-ans/>
57. Senon J-L, Manzanera C, Humeau M, Gotzamanis L. États dangereux, délinquance et santé mentale : représentations, insécurité et peurs sociétales comme sources de la stigmatisation des malades mentaux. *L'information psychiatrique*. 2007;Volume 83(8):655-62.
58. Salas D. *La volonté de punir : essai sur le populisme pénal*. Fayard. 2005.
59. Prisons OI des. Comment expliquer la surpopulation des prisons françaises ? [Internet]. oip.org. [cité 4 févr 2020]. Disponible sur: <https://oip.org/en-bref/comment-expliquer-la-surpopulation-des-prisons-francaises/>
60. Contrôleur général des lieux de privation de liberté (France), Hazan A, France. *Le contrôleur général des lieux de privation de liberté: rapport d'activité 2019*. 2020.
61. Observatoire international des prisons. Omerta, opacité, impunité [Internet]. [cité 26 août 2020]. Disponible sur: <https://oip.org/wp-content/uploads/2019/05/oip-rapport-violences.pdf>
62. Ministère Justice. Guide méthodologique relatif à la prise en charge des personnes placées sous main de justice [Internet]. Disponible sur: http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2018/01/cir_42889.pdf
63. Code de la santé publique - Article L3214-1. Code de la santé publique.
64. Code de procédure pénale - Article D398 | Legifrance [Internet]. [cité 22 déc 2019]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=52F65D1C76DC40973173CAEEE6825572.tplgfr37s_3?idArticle=LEGIARTI000006516295&cidTexte=LEGITEXT000006071154&dateTexte=20101116
65. Code de la santé publique - Article L3214-5. Code de la santé publique.
66. Code de la santé publique - Article R3214-8. Code de la santé publique.
67. David M. *Expertise psychiatrique pénale*. L'harmattan. 2006. (Psychologiques).
68. Layet L. Unités pour malades difficiles. [//www.em-premium.com/data/traites/ps/37-57491/](http://www.em-premium.com/data/traites/ps/37-57491/) [Internet]. 10 avr 2019 [cité 27 sept 2019]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com/article/1287146/resultatrecherche/4>
69. Mission de recherche droit et justice. Les facteurs de risque, de protection et de désistance [Internet]. [cité 7 août 2020]. Disponible sur: <http://www.gip-recherche-justice.fr/conference-consensus/wp-content/uploads/2013/01/fiche-4-facteurs-de-risque-et-de-protection.pdf>

70. Groupe de travail sur la détention. Repenser la prison pour mieux réinsérer [Internet]. Assemblée nationale; [cité 9 août 2020]. Report No.: 808. Disponible sur: http://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/gtdeten/l15b0808_rapport-fond.pdf
71. Touitou D, Bodon-Bruzel M. Être schizophrène en prison. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine. 1 janv 2018;202(1):33-52.
72. Rossinelli G, Dosquet P, Grohens M, Painsavoine C, Pascal J-C, Richard N, et al. Expertise psychiatrique pénale. Haute autorité de santé; 2007 p. 71.
73. 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.
74. Delbos V, Emmanuel J, Danel A. Evaluation des unités spécialement aménagées (UHSA) pour les personnes détenues [Internet]. IGAS IGJ; 2018 [cité 4 sept 2020]. Disponible sur: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Rapport_UHSA_20190107.pdf
75. Beck F, Astagneau P. Perception des risques et surveillance des comportements de santé : l'apport des baromètres de santé. Surveillance épidémiologique. 2011;
76. Samalin L, Abbar M, Courtet P, Guillaume S, Lancrenon S, Llorca P-M. Recommandations Formalisées d'Experts de l'AFPBN : prescription des neuroleptiques et antipsychotiques d'action prolongée. L'Encéphale. déc 2013;39:189-203.

Abréviations

UHSA : unités hospitalières spécialement aménagées

SPDRE : soins psychiatriques à la demande du représentant de l'état

MA : maison d'arrêt

CD : centre de détention

CGLPL : contrôleur général des lieux de privation de liberté

CMPR : centres médicaux psychologiques régionaux

SMPR : service médico-psychologique régional

UCSA : unité de consultation et de soins ambulatoires

ONG : organisation non gouvernementale

CSAPA : centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

CATTP : centre d'activité thérapeutique à temps partiel

HAS : haute autorité de santé

OIP : observatoire international des prisons

CSP : code de santé publique

SL : soin libre

UMD : unité pour malade difficile

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.

Résumé

Introduction

Les résultats de plusieurs études épidémiologiques convergent quant à **la proportion importante de détenus souffrant de troubles psychiatriques dans les prisons françaises**. Certaines études ont été menées sur la prise en charge dans les unités hospitalières spécialement aménagées mais aucune ne portent sur les cas d'hospitalisation en soins psychiatriques à la demande d'un représentant de l'Etat (SPDRE D398), qui représentent les « urgences psychiatriques » de la détention. Nous avons souhaité décrire les profils et les **prises en charge de ces détenus hospitalisés en SPDRE D398** pour essayer de comprendre leurs parcours de soin et les points forts/ faiblesses associés.

Méthode

Il s'agit d'une **étude épidémiologique**, observationnelle, descriptive et rétrospective. Les deux critères d'inclusion dans l'étude sont : être incarcéré à la **maison d'arrêt de Luynes 1**, Luynes 2, et au centre de détention de Salon, avoir été hospitalisé en SPDRE D98 durant l'année 2019. Il n'y a pas de critères d'exclusion. On a décrit dans cette étude : les caractéristiques socio-démographiques, les antécédents médicaux et les caractéristiques de la prise en charge.

Résultats

L'étude porte sur un total de **83 hospitalisations en SPDRE D398** pour 57 patients pris en charge (hospitalisations multiples pour certains). Plus de la moitié des patients avaient **déjà été hospitalisés en psychiatrie avant leur détention** mais ils étaient peu suivis en milieu ouvert. Plus du tiers des patients avaient déjà fait une tentative de suicide. Ces patients avaient, pour la plupart, eu des prises de substances toxiques par le passé. La durée moyenne de **prise en charge était courte** (11 jours), avec plus de la moitié des patients qui n'ont pas été transférés en UHSA. Le motif d'hospitalisation principal est la **crise suicidaire** ou le passage à l'acte auto-agressif. La majorité des patients a été diagnostiquée d'un **trouble schizophrénique**. Plus de la moitié des patients rentraient en hospitalisation sans traitement de fond, alors que très peu en sortaient sans traitement de ce type. Dans la cohorte étudiée, une étude comparative entre les patients ayant des antécédents d'hospitalisation en psychiatrie par le passé et ceux n'en ayant pas n'a pas montré de résultat significatif sur les critères suivants : la durée moyenne d'hospitalisation, le nombre d'hospitalisations en SPDRE D398 sur l'année 2019 ainsi que le motif d'hospitalisation.

Discussion

Plus de la moitié des patients inclus dans l'étude avaient des antécédents psychiatriques importants, cela illustre ce que les professionnels de santé dénoncent depuis des années : il y a de plus en plus de patients souffrant de troubles psychiatriques graves déjà diagnostiqués qui sont incarcérés. **La durée moyenne d'hospitalisation dans la population incluse est courte et ne permet une prise en charge thérapeutique et médicamenteuse optimale**. Beaucoup de patients sortent d'hospitalisation avec des benzodiazépines alors que ceux-ci ont un potentiel addictif important. La **problématique du suicide** en prison reste toujours inquiétante et a été illustrée dans cette étude. Les limites de cette étude sont qu'elle est rétrospective avec un nombre restreint de patients, elle mériterait donc d'être prolongée à une échelle plus large.

Conclusion

Bien que la **création des UHSA** ait permis de compléter l'offre de soins psychiatriques aux détenus, cela n'a pas permis de régler de façon satisfaisante le problème des prises en charge des SPDRE D398. En effet, les hospitalisations se font principalement sur l'hôpital de secteur, avec une durée de prise en charge trop courte, ce qui entraîne souvent des hospitalisations multiples. **Cette étude illustre le fait qu'il y a, dans les prisons françaises, des détenus souffrant de troubles psychiatriques graves, nécessitant des soins importants et des institutions en place ne permettant pas de les soigner de manière optimale.**

Mots-clés : Troubles psychiatriques – détenus – SPDRE D398 – justice pénale