État des lieux des connaissances actuelles portant sur l'interface santé mentale et justice pénale en France

Anne Gonnier

▶ **To cite this version:**

Anne Gonnier. État des lieux des connaissances actuelles portant sur l'interface santé mentale et justice pénale en France. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03209901

HAL Id: dumas-03209901

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03209901

Submitted on 27 Apr 2021

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

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

Faculté des sciences médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

Etat des lieux des connaissances actuelles portant sur l'interface santé-mentale et justice pénale en France

T H E S E A R T I C L E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 26 Avril 2021

Par Madame Anne GONNIER

Née le 1er novembre 1991 à Aix-En-Provence (13)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de PSYCHIATRIE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur NAUDIN Jean	**Président**
Madame le Docteur TINLAND Aurélie	**Directeur**
Monsieur le Docteur BOSETTI Thomas	**Assesseur**

Faculté des sciences médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

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

Assesseurs :

➢ 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

Faculté des sciences médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

ÉCOLE DE MEDECINE DENTAIRE

Directeur : **Pr. Bruno FOTI**

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

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

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso- kinésithérapie 1er cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2ème 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 Jean-Paul
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
BOTTA-FRIDLUND Danielle
BOURGEADE Augustin
BOUVENOT Gilles
BOUYALA Jean-Marie
BREMOND Georges
BRICOT René
BRUNET Christian
BUREAU Henri
CAMBOULIVES Jean
CANNONI Maurice
CARTOUZOU Guy
CAU Pierre
CHABOT Jean-Michel
CHAMLIAN Albert
CHARPIN Denis
CHARREL Michel

MM DEVRED Philippe
DJIANE Pierre
DONNET Vincent
DUCASSOU Jacques
DUFOUR Michel
DUMON Henri
ENJALBERT Alain
FAUGERE Gérard
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 Sébastien
GOUDARD Alain
GOUIN François
GRILLO Jean-Marie
GRIMAUD Jean-Charles
GRISOLI François
GROULIER Pierre
HADIDA/SAYAG Jacqueline
HASSOUN Jacques
HEIM Marc
HOUEL Jean
HUGUET Jean-François
JAQUET Philippe
JAMMES Yves
JOUVE Paulette
JUHAN Claude
JUIN Pierre
KAPHAN Gérard
KASBARIAN Michel
KLEISBAUER Jean-Pierre
LACHARD Jean

CHAUVEL Patrick
CHOUX Maurice
CIANFARANI François
CLAVERIE Jean-Michel
CLEMENT Robert
COMBALBERT André
CONTE-DEVOLX Bernard
CORRIOL Jacques
COULANGE Christian
CURVALE Georges
DALMAS Henri
DE MICO Philippe
DELPERO Jean-Robert
DESSEIN Alain
DELARQUE Alain
DEVIN Robert

MM MICHOTEY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MUNDLER Olivier
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

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

VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAMBUC Roland
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SARLES - PHILIP Nicole
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SEITZ Jean-François
SERMENT Gérard
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THIRION Xavier
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène

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	VIALETTES Bernard	31/08/2019
2017		
M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018
2018		
M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019
M. le Professeur	RIDINGS Bernard	31/08/2021
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
2020		
M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
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	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021

EMERITAT

M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021

Honoris causa

1967	
MM. les Professeurs	DADI (Italie)
	CID DOS SANTOS (Portugal)
1974	
MM. les Professeurs	MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
	T.A. LAMBO (Suisse)
1975	
MM. les Professeurs	O. SWENSON (U.S.A.)
	Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)
1976	
MM. les Professeurs	P. FRANCHIMONT (Belgique)
	Z.J. BOWERS (U.S.A.)
1977	
MM. les Professeurs	C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
	C.GIBBS (U.S.A.)
	J. DACIE (Grande-Bretagne)
1978	
M. le Président	F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)
1980	
MM. les Professeurs	A. MARGULIS (U.S.A.)
	R.D. ADAMS (U.S.A.)
1981	
MM. les Professeurs	H. RAPPAPORT (U.S.A.)
	M. SCHOU (Danemark)
	M. AMENT (U.S.A.)
	Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
	S. REFSUM (Norvège)
1982	
M. le Professeur	W.H. HENDREN (U.S.A.)
1985	
MM. les Professeurs	S. MASSRY (U.S.A.)
	KLINSMANN (R.D.A.)
1986	
MM. les Professeurs	E. MIHICH (U.S.A.)
	T. MUNSAT (U.S.A.)
	LIANA BOLIS (Suisse)
	L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987	
M. le Professeur	P.J. DYCK (U.S.A.)
1988	
MM. les Professeurs	R. BERGUER (U.S.A.)
	W.K. ENGEL (U.S.A.)
	V. ASKANAS (U.S.A.)
	J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
	A. DAVIGNON (Canada)
	A. BETTARELLO (Brésil)
1989	
M. le Professeur	P. MUSTACCHI (U.S.A.)
1990	
MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie)
	J. PORTER (U.S.A.)
1991	
MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.)
	W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992	
MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
	D. CARSON (U.S.A.)
	T. YAMAMURO (Japon)
1994	
MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada)
	W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995	
MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.)
	M. MULLER (Suisse)
	V. BONOMINI (Italie)
1997	
MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.)
	D. STULBERG (U.S.A.)
	A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
	P.I. BRANEMARK (Suède)
1998	
MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999	
MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)

	D. COLLEN (Belgique)
	S. DIMAURO (U. S. A.)
2000	
MM. les Professeurs	D. SPIEGEL (U. S. A.)
	C. R. CONTI (U.S.A.)
2001	
MM. les Professeurs	P-B. BENNET (U. S. A.)
	G. HUGUES (Grande Bretagne)
	J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
2002	
MM. les Professeurs	M. ABEDI (Canada)
	K. DAI (Chine)
2003	
M. le Professeur	T. MARRIE (Canada)
Sir	G.K. RADDA (Grande Bretagne)
2004	
M. le Professeur	M. DAKE (U.S.A.)
2005	
M. le Professeur	L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
2006	
M. le Professeur	A. R. CASTANEDA (U.S.A.)
2007	
M. le Professeur	S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert
ALBANESE Jacques
ALIMI Yves
AMABILE Philippe
AMBROSI Pierre
ANDRE Nicolas
ARGENSON Jean-Noël
ASTOUL Philippe
ATTARIAN Shahram
AUDOUIN Bertrand
AUQUIER Pascal
AVIERINOS Jean-François
AZULAY Jean-Philippe
BAILLY Daniel
BARLESI Fabrice
BARLIER-SETTI Anne
BARLOGIS Vincent
BARTHET Marc
BARTOLI Christophe
BARTOLI Jean-Michel
BARTOLI Michel
BARTOLOMEI Fabrice
BASTIDE Cyrille
BENSOUSSAN Laurent
BERBIS Philippe
BERBIS Julie
BERDAH Stéphane
BEROUD Christophe
BERTUCCI François
BLAISE Didier
BLIN Olivier
BLONDEL Benjamin
BONIN/GUILLAUME Sylvie
BONELLO Laurent
BONNET Jean-Louis
BOUBLI Léon Surnombre
BOUFI Mourad
BOYER Laurent
BREGEON Fabienne
BRETELLE Florence
BROUQUI Philippe
BRUDER Nicolas
BRUE Thierry
BRUNET Philippe
BURTEY Stéphane
CARCOPINO-TUSOLI Xavier
CASANOVA Dominique
CASTINETTI Frédéric
CECCALDI Mathieu
CHAGNAUD Christophe
CHAMBOST Hervé
CHAMPSAUR Pierre
CHANEZ Pascal
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle
CHARREL Rémi
CHAUMOITRE Kathia
CHIARONI Jacques
CHINOT Olivier
CHOSSEGROS Cyrille
COLLART Frédéric
COSTELLO Régis
COURBIERE Blandine
COWEN Didier
CRAVELLO Ludovic
CUISSET Thomas
DA FONSECA David
DAHAN-ALCARAZ Laetitia
DANIEL Laurent
DARMON Patrice
DAVID Thierry
D'ERCOLE Claude
D'JOURNO Xavier
DEHARO Jean-Claude
DELAPORTE Emmanuel
DENIS Danièle
DISDIER Patrick
DODDOLI Christophe
DRANCOURT Michel
DUBUS Jean-Christophe
DUFFAUD Florence
DUFOUR Henry
DURAND Jean-Marc
DUSSOL Bertrand
EBBO Mikaël
EUSEBIO Alexandre
FABRE Alexandre
FAKHRY Nicolas
FELICIAN Olvier
FENOLLAR Florence
FIGARELLA/BRANGER Dominique
FLECHER Xavier
FOUILLOUX Virginie
FOURNIER Pierre-Edouard
FRANCESCHI Frédéric
FUENTES Stéphane
GABERT Jean
GABORIT Bénédicte
GAINNIER Marc
GARCIA Stéphane
GARIBOLDI Vlad
GAUDART Jean
GAUDY-MARQUESTE Caroline
GENTILE Stéphanie
GERBEAUX Patrick
GEROLAMI/SANTANDREA René
GILBERT/ALESSI Marie-Christine
GIORGI Roch
GIOVANNI Antoine
GIRARD Nadine
GIRAUD/CHABROL Brigitte
GONCALVES Anthony
GRANEL/REY Brigitte
GRANVAL Philippe
GREILLIER Laurent
GROB Jean-Jacques
GUEDJ Eric

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAGANELLI Franck	ROCHE Pierre-Hugues
PANUEL Michel Surnombre	ROCH Antoine
PAPAZIAN Laurent	ROCHWERGER Richard
PAROLA Philippe	ROLL Patrice
PARRATTE Sébastien Disponibilité	ROSSI Dominique
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien
PETIT Philippe	SARLON-BARTOLI Gabrielle
PHAM Thao	SCAVARDA Didier
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominiq	SCHLEINITZ Nicolas
PIQUET Philippe	SEBAG Frédéric
PIRRO Nicolas	SIELEZNEFF Igor
POINSO François	SIMON Nicolas
RACCAH Denis	STEIN Andréas
RANQUE Stéphane	TAIEB David
RAOULT Didier Surnombre	THOMAS Pascal
REGIS Jean	THUNY Franck
REYNAUD/GAUBERT Martine	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
REYNAUD Rachel	TRIGLIA Jean-Michel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	TROPIANO Patrick
RICHIERI Raphaëlle	TSIMARATOS Michel

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

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

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal retraite mars 2021
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI

REVIS Joana

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GEN

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE .

GUIDA Pierre

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

GUIEU Régis
GUIS Sandrine
GUYE Maxime
GUYOT Laurent
GUYS Jean-Michel Surnombre
HABIB Gilbert
HARDWIGSEN Jean
HARLE Jean-Robert
HOUVENAEGHEL Gilles
JACQUIER Alexis
JOURDE-CHICHE Noémie
JOUVE Jean-Luc
KAPLANSKI Gilles
KARSENTY Gilles
KERBAUL François détachement
KRAHN Martin
LAFFORGUE Pierre
LAGIER Jean-Christophe
LAMBAUDIE Eric
LANCON Christophe
LA SCOLA Bernard
LAUNAY Franck
LAVIEILLE Jean-Pierre
LE CORROLLER Thomas
LECHEVALLIER Eric
LEGRE Régis
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
LEONE Marc
LEONETTI Georges
LEPIDI Hubert
LEVY Nicolas
MACE Loïc
MAGNAN Pierre-Edouard
MANCINI Julien
MEGE Jean-Louis
MERROT Thierry
METZLER/GUILLEMAIN Catherine
MEYER/DUTOUR Anne
MICCALEF/ROLL Joëlle
MICHEL Fabrice
MICHEL Gérard
MICHEL Justin
MICHELET Pierre
MILH Mathieu
MILLION Matthieu
MOAL Valérie
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
NAUDIN Jean
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
NICOLLAS Richard
NGUYEN Karine
OLIVE Daniel
OLLIVIER Matthieu
OUAFIK L'Houcine
OVAERT-REGGIO Caroline
PADOVANI Laetitia

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

TURRINI Olivier
VALERO René
VAROQUAUX Arthur Damien
VELLY Lionel
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel
VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke détachement
VIVIER Eric
XERRI Luc

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

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES
(mono-appartenants)

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

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
CALVET-MONTREDON Céline
FORTE Jenny
JANCZEWSKI Aurélie
NUSSLI Nicolas
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle

THERY Didier

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

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

ESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITA
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)

ANGLAIS *11*

BRANDENBURGER Chantal (PRCE) retraite mars 2021
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

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

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE *4301*

GUEDJ Eric (PU-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) Surnombre

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)
FROMONOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

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)

CARDIOLOGIE *5102*

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)

GUYE Maxime (PU-PH)
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 MEDICALE 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)
FLECHER Xavier (PU PH)
OLLIVIER Matthieu (PU-PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH) Disponibilité
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPIANO Patrick (PU-PH)

ROLOGIE ; RADIOTHERAPIE *4702CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAP*

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)
PADOVANI Laetitia (PH-PH)
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

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

CHIRURGIE INFANTILE *5402CHIRURGIE INFANTILE 5402*

GUYS Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) détachement
DARIEL Anne (MCU-PH)
FAURE Alice (MCU PH)
PESENTI Sébastien (MCU-PH)

FACIALE ET STOMATOLOGIE *5503CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE E*

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)
FOUILLOUX Virginie (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)
TROUSSE Delphine (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)

PAULMYER/LACROIX Odile (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)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

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

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

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

CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOLOGIE *5004*

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

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

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE *5201*

BARTHET Marc (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE *4704*

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH)
NGYUEN Karine (PU-PH)

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

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE *5403*

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

PIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION *460*

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BERBIS Julie (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)

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

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)

IMMUNOLOGIE *4703*

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

FERON François (PR) (69ème section)

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)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES *4503*

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

ELDIN Carole (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE *4805*

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

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE *5301*

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

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION *4701*

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)

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

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE *4603*

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

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION *4905*

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

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL *4602*

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

MEDECINE GENERALE *5303*

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

GUIDA Pierre (PR associé Méd. Gén. à mi-temps) retraite au 25/09/2(

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
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,

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*

DAVID Thierry (PU-PH)
DENIS Danièle (PU-PH)

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 (PAST) (Orthophonie) (7ème Section)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE *4502*

NEPHROLOGIE *5203*

BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stépahne (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
MOAL Valérie (PU-PH)

ROBERT Thomas (MCU-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)
MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PHILOSPHIE *17*

RANQUE Stéphane (PU-PH)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
TOGA Isabelle (MCU-PH)

PEDIATRIE *5401*

ANDRE Nicolas (PU-PH)
BARLOGIS Vincent (PU-PH)
CHAMBOST Hervé (PU-PH)
DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
FABRE Alexandre (PU-PH)
GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
MICHEL Gérard (PU-PH)
MILH Mathieu (PU-PH)
OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)
REYNAUD Rachel (PU-PH)
TSIMARATOS Michel (PU-PH)

TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE *4903*

BAILLY Daniel (PU-PH)
LANCON Christophe (PU-PH)
NAUDIN Jean (PU-PH)
RICHIERI Raphaëlle (PU-PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

'CHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE

AGHABABIAN Valérie (PR)

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE *4302*

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
GIRARD Nadine (PU-PH)
JACQUIER Alexis (PU-PH)
MOULIN Guy (PU-PH)
PANUEL Michel (PU-PH) surnombre
PETIT Philippe (PU-PH)
VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
VIDAL Vincent (PU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE *4802*

GAINNIER Marc (PU-PH)
GERBEAUX Patrick (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

MATHIEU Marion (MAST)

PHYSIOLOGIE *4402*

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
BREGEON Fabienne (PU-PH)
GABORIT Bénédicte (PU-PH)
MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BONINI Francesca (MCU-PH)
BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)
DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE *5101*

ASTOUL Philippe (PU-PH)
BARLESI Fabrice (PU-PH)
CHANEZ Pascal (PU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)
16
TOMASINI Pascale (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE *5001*

GUIS Sandrine (PU-PH)
LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
PHAM Thao (PU-PH)
ROUDIER Jean (PU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE *480*

AMBROSI Pierre (PU-PH)
VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

UROLOGIE *5204*

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Jean NAUDIN, président de Jury
Merci de me faire l'honneur de présider ce jury et de juger ce travail. Merci pour votre enseignement et pour m'avoir fait découvrir la phénoménologie.

A Madame le docteur Aurélie TINLAND, directrice de Thèse
Merci de m'avoir fait confiance et accompagné pour la réalisation de ce travail, pour m'avoir donné l'opportunité de connaitre le projet AILSI et de m'avoir permis, dès la première année d'internat, de me questionner sur ma pratique afin d'avoir une approche centrée sur le rétablissement.

A Monsieur le docteur Thomas BOSETTI
Merci de faire partie de ce jury de thèse, merci pour votre disponibilité, écoute et précieux conseils.

Je tiens particulièrement à remercier le Dr Bagnis, le Dr Kania et Mme Euzenat pour l'aide qu'ils m'ont apportée pour l'aboutissement de ce travail.

A mes parents, *pour leur soutien indéfectible, pour m'avoir permis d'avancer et de croire en mes projets, je n'y serais pas arrivée sans vous*. A mon frère et ma sœur, *présents malgré la distance.*
Micka, *merci d'être à mes côtés, merci pour ta présence, ton écoute, tes attentions et patience.*
Audrey et Ugo, *merci de de m'avoir fait l'honneur et la joie d'être la marraine d'Alexandre*.
Aline et Ariel, merci pour *votre soutien, amitié, fous rires depuis la P2 et votre présence nécessaire.* Myriam, *bien que loin, éternelle globe trotteuse et aventurière, ces années studieuses m'auraient paru bien longues sans toi.*
Jeremy, Capu, Francis, Cyp, Aldrick, Julien *pour nos escape-games, jeux de société, ski et karting, le tutorat parait bien loin !*
A mes co-internes Alexis, Cécilia, Julia, Marie et Barbara *pour vos encouragements et soutiens.* A Claire, *pour ta bonne humeur, ta générosité, ton énergie et engagement. Ce stage aux urgences psychiatriques n'aurait définitivement pas été pareil sans toi.*

TABLE DES MATIERES

LISTE DES FIGURES 26
LISTE DES GRAPHIQUES 26
LISTE DES PRINCIPALES ABREVIATIONS 27
LIMINAIRE - CONTEXTE HISTORIQUE 28
ARTICLE : Articulation Santé mentale et justice pénale en France : contexte actuel et enjeux. 32
1. Introduction 33
2. Les processus judicaires 34
2.1 Généralités 34
2.2 Les mesures pré-sentencielles (figure 1) 35
2.3 Les mesures post-sentencielles (figure 2) 36
2.3.1 Sursis 36
2.3.2 Peines d'emprisonnement 36
2.3.3 Aménagements de peine 37
2.3.4 Suspension de peine pour raison médicale 37
2.4 Après l'exécution de la peine (figure 3) 39
2.5 Etablissements pénitentaires 40
2.6 Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation 40
3. Santé mentale 40
3.1 L'expertise psychiatrique 40
3.2 Soins pénalement ordonnés (SPO) 42
3.2.1 Obligation de soins (OS) 42
3.2.2 Injonction de soins 42
3.2.3 Injonction thérapeutique 43
3.3 Soins psychiatriques en détention 43
4. Etat des lieux 44
4.1 Prévalence des personnes souffrant d'un trouble mental 44
4.1.1 Milieu ouvert 44
4.1.2 Milieu fermé 44
4.2 Justice 45
4.2.1 Surpopulation carcérale 45
4.2.2 Aménagement de peines 45
4.2.3 Comparution immédiate 45

4.2.4 Expertise psychiatrique 46
4.3 Institution hospitalière 46
4.4 Impact social 47
4.4.1 Précarité socio-économique des détenus 47
4.4.2 Précarité et santé mentale 47
4.4.3 Précarité et décision d'incarcération 48
5. DISCUSSION 48
6. REFERENCES 49
ANNEXES : Bref état des lieux au cours de la crise sanitaire au covid-19 53
1. Justice 53
1.1 Evolution du nombre de personnes détenues 53
1.2 Evolution des Aménagements de peines et libération sous contrainte 54
1.3 Evolution du nombre de personnes détenues atteintes du covid-19 55
2. Santé mentale en détention 55
2.1 Conséquences du confinement sur les soins en détention 55
2.2 Conséquences des libérations anticipées sur le relais de prise en charge 56
2.3 Conséquences du confinement sur les tentatives de suicide 56
3. Impact social sur l'accès aux soins et aux aménagements de peines pendant la covid-19, la question du mal logement en France 56
3.1 Généralité 56
3.2 Impact de la covid-19 sur l'accès au logement 57
3.3 Impact du logement sur les libérations et aménagements de peine 58
CONCLUSION 60
SERMENT D'HIPPOCRATE 61

LISTE DES FIGURES

Figure 1 Les mesures prés-sentencielles simplifiées 35

Figure 2 Mesures post-sentencielles simplifiées.....38

Figure 3 Après l'exécution de la peine 39

Figure 4 Soins pénalement ordonnés et expertise psychiatrique 41

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 – Courbe d'évolution mensuelle des personnes détenues depuis 2016……53

Graphique 2 – Evolution mensuelle des personnes détenues et des places opérationnelles depuis 2005 544

Graphique 3 - Courbe d'évolution mensuelle des personnes écrouées condamnées selon le type d'aménagement de peine.....544

LISTE DES PRINCIPALES ABREVIATIONS

ARS	**Agence Régionale de Santé**
EPSM	**Etablissement Publique de Santé Mentale**
CI	**Comparution Immédiate**
CGLPL	**Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté**
CP	**Code Pénale**
CPP	**Code de Procédure Pénale**
DDSE	**Détention à Domicile Sous Surveillance Electronique**
IP	**Irresponsabilité Pénale**
JAP	**Juge d'Application des peines**
JLD	**Juge des Libertés et de la Détention**
LPJ	**Loi de la Programmation de la Justice**
OS	**Obligation de Soins**
SAS	**Structure d'Accompagnement à la Sortie**
SPIP	**Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation**
SPO	**Soins Pénalement Ordonnés**
SSJ	**Suivi-Socio-Judiciaire**
SMPR	**Service Médico-Psychologique Régional**
SPDRE	**Soins Psychiatriques sous Décision du Représentant de l'Etat**
UHSA	**Unité Hospitalière Spécialement Aménagée**
UMD	**Unité pour Malades Difficiles**
UML	**Unité Médico-Légale**
USMP	**Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire**

LIMINAIRE - CONTEXTE HISTORIQUE

Pour mieux comprendre le contexte politique en France, revenons brièvement, de manière chronologique, sur quelques dates clés, en énumérant les principales lois relatives à la santé mentale et les modes d'hospitalisation ainsi que l'évolution des politiques pénales avant la loi de programmation justice de mars 2019.

1. PRINCIPALES LOIS RELATIVES A LA SANTE MENTALE ET MODES D'HOSPITALISATION

La loi fondatrice de l'organisation des soins en psychiatrie du 30 juin 1838 sur les « aliénés » prescrit à chaque département de créer un établissement public spécialisé réservé au traitement des maladies mentales. Elle prévoit l'internement forcé des malades criminels ou non : soit à la demande de la famille ou d'un tiers sous « placements volontaires », soit sous « placements d'office », sous la responsabilité de l'autorité administrative. Ces deux types de placements formalisent ainsi le rôle de « défense sociale » que doit remplir l'asile.
Le développement des hospitalisations libres dans les années 60 conduira à la désinstitutionalisation de 1970, permettant la sectorisation. Cette sectorisation crée dans un but de prévention et de continuité des soins, sera officialisée par la loi de 1985.
La loi du 27 juin 1990 modifie l'esprit de la loi de 1838 en énonçant que le principe que l'hospitalisation libre est la règle, l'hospitalisation sur demande d'un tiers ou d'office devant être l'exception.
La loi du 04 mars 2002 sur la réforme du droit des malades est une loi généraliste qui traite de toute pratique médicale, sans spécificité pour la psychiatrie en dehors du durcissement des conditions permettant les hospitalisations d'office.
la Loi du 30 octobre 2007 institue un Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL). Indépendant, il est chargé du contrôle du respect des droits fondamentaux des personnes privées de liberté que ce soit des personnes hospitalisées sous contrainte ou en détention.
La loi du 5 juillet 2011, réforme la loi du 27 juin 1990, et instaure le contrôle systématique des hospitalisations à temps complet par le juge des libertés et de la détention (JLD) dans le

dispositif des soins sans consentement et institue la possibilité de soins sans consentement en ambulatoire sous la forme de programme de soins. Loi modifiée en 2013 pour un renforcement des droits garantis accordés aux personnes en soins sans consentement : collaboration santé-justice qui raccourcit les délais de contrôle des hospitalisations complètes par le JLD, ainsi que les délais de saisine de ce juge, modifie le lieu de l'audience (désormais au sein des établissement de santé), rend obligatoire la présence d'un avocat.
On ne parle plus d'hospitalisation d'office mais de « soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat » (SPDRE) .
La loi du 26 janvier 2016 encadre l'isolement et la contention, déclarés comme des pratiques de dernier recours associée à une surveillance stricte et notifiée dans un registre.
La loi du 14 décembre 2020 modifie le précédent article et précise la durée maximale de ces mesures en y impliquant l'information impérative du juge des libertés et de la détention si telles mesures sont renouvelées « à titre exceptionnelle » au-delà des durée prévues.

2. POLITIQUES PENALES

L'évolution des politiques pénales et pénitentiaires met en lumière l'accentuation des mesures sécuritaires depuis 1950 (Lafaye et al.).
A la sortie de la seconde guerre mondiale, les traitements médicamenteux se développent et, les années 1950 sont marquées par une circulaire pour le développement d'établissements pour le traitement des « malades mentaux difficiles » en les classant en 3 catégories dont les 2 premières comprennent des personnes pouvant être hospitalisées en hôpital ordinaire ; la 3ème catégorie est réservée aux malades « dangereux » nécessitant des unités sécurisées. Cette mesure permet par ailleurs de faciliter l'ouverture de l'hôpital vers la ville.
La réforme du Code de procédure pénale de 1958 introduit la notion d'accessibilité à une sanction pénale et modifie la composition de cette population des malades difficiles et en particulier celle de la catégorie trois. Cette réforme tentait de réduire le recours à l'article 64 du Code pénal de 1810 qui préconisait l'irresponsabilité pour les individus en « état de démence » et établissait une assimilation plus aisée entre la psychose et l'état d'irresponsabilité pénale. Elle introduisait la notion de responsabilité atténuée en cas d'altération du discernement et ainsi officialisait la présence en détention de malades mentaux criminels non irresponsables (2).

On note des prémices relatives aux soins pénalement ordonnés dans le cadre de la loi du 15 avril 1954. Elle prévoyait le traitement des « alcooliques dangereux pour eux-mêmes ou pour autrui », dans des centres ou des sections de rééducation spécialisés, et qui constitue un exemple de loi de contrôle social.

Dans les années 1970, la désinstitutionalisation permet de développer un réseau de soins qui s'étend également dans le champ judiciaire (circulaire du 4 septembre 1970) : Le secteur ouvre son champ d'action dans le cadre de la prise en charge de l'alcoolisme et des toxicomanies qui peut se faire sous la modalité d'une injonction thérapeutique.
La désinstitutionalisation entrainera également la judiciarisation du parcours des patients présentant une insertion sociale précaire contenu du manque de structures adaptées pour leur prise en charge (2,3).
Les dispositifs de soins s'adaptent et nécessitent la création d'unité de soins dans les prisons. En 1967, une circulaire créée les centres médicopsychologiques régionaux (CMPR), plaçant les soins psychiatriques sous l'autorité de l'administration pénitentiaire. En 1972, de nombreux troubles et incidents surviennent dans les prisons. Pour répondre à l'agitation dans les prisons et à l'évolution de la politique pénitentiaire, un décret améliore les régimes de détention et le régime d'exécution des peines.

Dans les années 1980, l'abolition de la peine de mort adoptée en 81 transforme la peine maximale qui devient la peine privative de liberté. Le domaine judicaire se voit introduire la thématique de la récidive avec la loi « Sécurité et liberté » élargissant ainsi les procédures de flagrants délits et en 1983, l'instauration de la comparution immédiate (CI), procédure responsable d'un recrutement fort des personnes les plus précaires et souffrant de troubles psychiatriques.
Le décloisonnement des domaines sanitaires et judiciaires débute en 1986 avec la création des services médico-psychologiques régionaux (SMPR) qui remplacent alors les CMPR confiés au ministère de la Santé. Les conditions de soins des détenus s'améliorent par la réforme du 18 janvier 1994 et étend la protection sociale à l'ensemble des personnes détenues.

Les années 90 sont marquées par deux thématiques que sont la récidive et la dangerosité.
Le principe de responsabilisation thérapeutique du malade mental rencontrera l'adhésion de la majorité des psychiatres dans les années 1990, ce qui expliquerait en partie la tendance de

ces derniers à déclarer des personnes présentant des troubles psychiques graves comme relevant de l'altération et non de l'abolition du discernement. En effet, l'introduction des distinctions entre abolition et altération du discernement et contrôle de l'article 122-1 du Code pénal de 1994 soulève un débat clinique inédit dans la population des experts psychiatres et produit un effet paradoxal d'allongement des peines des malades responsabilisés.

La loi du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles, ainsi qu'à la protection des mineurs, crée le suivi socio-judiciaire auquel une injonction de soins peut être adjointe. Cette injonction de soins peut être prononcée seulement si une expertise psychiatrique conclue à son utilité. Cependant cette mesure modifie l'évaluation psychiatrique de responsabilité en une estimation du risque de récidive post-sentencielle.

On observe ainsi en France depuis 1998 un empilage de lois sécuritaires autour de la « prévention de la délinquance » et de la « lutte contre la récidive », qui s'appuient tour à tour sur le renforcement de la procédure de CI et de la détention provisoire, sur la diminution de l'âge de responsabilité pénale et la réforme du droit pénal des mineurs, et sur la création de nouvelles infractions(2). Dans cette logique, le développement des dispositifs de soins s'adaptent à nouveau par la loi du 9 septembre 2002 avec la création d'unités d'hospitalisation pour les détenus souffrant de troubles psychiatriques, les UHSA, qui constituent désormais une filière spécifique de prise en charge des détenus souffrant de troubles psychiques, accessible avec ou sans leur consentement.

Ces mesures autour de la dangerosité et la récidive, se traduiront finalement par la loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental. Elle initie la création de « centres de rétention de sûreté » visant à maintenir enfermés les personnes détenues en fin de peine et qui présentent un risque très élevé de récidive en raison d'un trouble grave de la personnalité. Elle rend donc possible l'enfermement dans des centres socio-médico-judiciaires, renouvelable chaque année, des criminels condamnés à plus de quinze ans de prison, dont on estime qu'ils sont encore « dangereux ». Ces évolutions modifient à nouveau la représentation de la maladie mentale, ceux qui en souffrent faisant désormais l'objet d'une forte stigmatisation.

La décennie suivante y ajoutera terrorisme et radicalisation. Le décret du 9 mai 2019 en est un exemple et accentue cette stigmatisation. Il concerne la prévention de la radicalisation en autorisant les traitements de données à caractère personnel relatifs au suivi des personnes en soins psychiatriques sans consentement.

ARTICLE : ARTICULATION SANTE MENTALE ET JUSTICE PENALE EN FRANCE : CONTEXTE ACTUEL ET ENJEUX.

Interactions between Mental health and justice systems in France: organization, state of play and challenges.

Résumé

Depuis le mouvement de désinstitutionalisation, l'articulation entre santé mentale et justice pénale en France, connait un accroissement de la population carcérale souffrant de trouble mental en raison, entre autres, du principe de responsabilisation. L'offre de soin en milieu pénitentiaire s'est adaptée à l'augmentation des besoins et la création des UHSA en est le dernier exemple.
Depuis la fin des années 90, l'automatisation de la réponse judiciaire dans le cadre de « la lutte contre la récidive » participe à l'invisibilisation des patients psychiatriques dans la procédure.

En milieu ouvert, les soins pénalement ordonnés que sont l'obligation de soins, l'injonction de soins et l'injonction thérapeutique, posent la question de l'instrumentalisation du soin à des fins de contrôle social.

La connaissance des caractéristiques de la population placée sous main de justice doit être réactualisée en prenant en compte le phénomène du « revolving-door », peu étudié en France. Cette population, parce que nécessitant un accompagnement sanitaire, social et judiciaire, nécessite une attention particulière.

Face à ce constat, des mesures d'alternatives à l'incarcération, souvent à l'initiative des juridictions, peinent à se mettre en place localement.

Mots clés : « santé mentale », « psychiatrie », « justice », « prison », « comparution immédiate », « soins pénalement ordonnés », « revolving door », « expertise psychiatrique ».

La recherche bibliographique des articles concernant l'état des lieux de l'interaction santé-mentale et justice pénale a été réalisée à partir des bases de données que sont PubMed et ScienceDirect. Cette recherche a été complétée par des bases de données intégrant les sciences humaines (Cairn, OpenEdition) ainsi que les données des principales institutions françaises (LegiFrance, Sénat, Ministère de la Justice, Ministère des Solidarités et de la Santé). Les mots clés utilisés pour la recherche bibliographique sont les suivants : « santé mentale », « justice », « psychiatrie », « prison », « incarcération », « comparution immédiate », « UHSA », « revolving-door ». La sélection des articles en français ou en anglais a été réalisée à partir de la lecture des titres et des résumés.

1. INTRODUCTION

En France, les interfaces entre santé mentale et justice ont connu une évolution qui oscille d'une part entre une volonté des politiques de promouvoir l'accès aux soins, la réinsertion des personnes atteintes d'un trouble mental et la défense de leurs droits et d'autre part, une politique sécuritaire et de « lutte » contre la récidive (1).

On observe une augmentation du nombre de personnes atteintes de troubles psychiques placées sous main de justice et qui sont responsabilisées pénalement. L'atténuation des peines pour les condamnés présentant des troubles mentaux était prévue dès 1905 par la circulaire de Chaumié. L'article 122-1 du Code Pénal (CP), entré en vigueur en 1994, intègre dans la loi le principe de cette circulaire. En introduisant la notion d'abolition ou d'altération du discernement au moment du passage à l'acte, cette loi participe paradoxalement à la « psychiatrisation des prisons », sur fond de surpopulation carcérale. (2,4).

Depuis plus d'une trentaine d'années environ, les réformes successives ont contribué à rendre plus difficile l'octroi des mesures d'allègement des peines tout en soumettant le condamné à des obligations, interdictions et contrôles de plus en plus nombreux et longs (5).

L'inquiétante surpopulation carcérale est ciblée par différentes réformes. La dernière d'entre elles : la loi programmation de la Justice (LPJ) du 23 mars 2019 comprend un volet pénal important qui concerne les personnes condamnées : modification de l'échelle des peines et du seuil des aménagements de peine, révision des dispositions sur les alternatives à

l’incarcération ; de plus, la suspension de peine pour raison médicale est dorénavant accessible aux personnes admises en soins psychiatriques sans leur consentement. Cependant cette loi facilite la mise en détention provisoire avec la création de nouvelles mesures comme la comparution à délai différé et ne permet pas d’aménagement initial au-delà d’un an d’emprisonnement (au lieu deux).
Cette politique pénale insiste sur les peines aménageables, mais le régime pénitentiaire se durcit en milieu fermé : création des « quartiers spécifiques », s’ajoutant aux quartiers de mise à l'isolement et par un décret entrainant un durcissement du droit disciplinaire carcéral dans ce contexte de surpopulation.

L’objectif de cet article est de décrire de manière simplifiée les processus judicaires en jeu dans la chaîne pénale française, de mieux comprendre l’état des connaissances existantes, avant le contexte de pandémie, et ainsi tenter d’entrevoir des perspectives visant à mieux cibler les besoins en termes de connaissances et de dispositifs à mettre en œuvre.

2. LES PROCESSUS JUDICAIRES

2.1 GENERALITES

Le système judiciaire français est issu du droit civil romano-germanique. Le droit pénal classe les infractions selon leur gravité : les contraventions, les délits et les crimes. Les peines encourues sont respectivement l’amende, la peine d’emprisonnement de moins de 10 ans et de plus de 10 ans.
Sauf contre-indication médicale, les personnes atteintes de troubles psychiatriques sont considérées comme aptes à comparaître, tout en pouvant faire l’objet d’examens médicaux légaux en détention.

2.2 LES MESURES PRE-SENTENCIELLES (FIGURE 1)

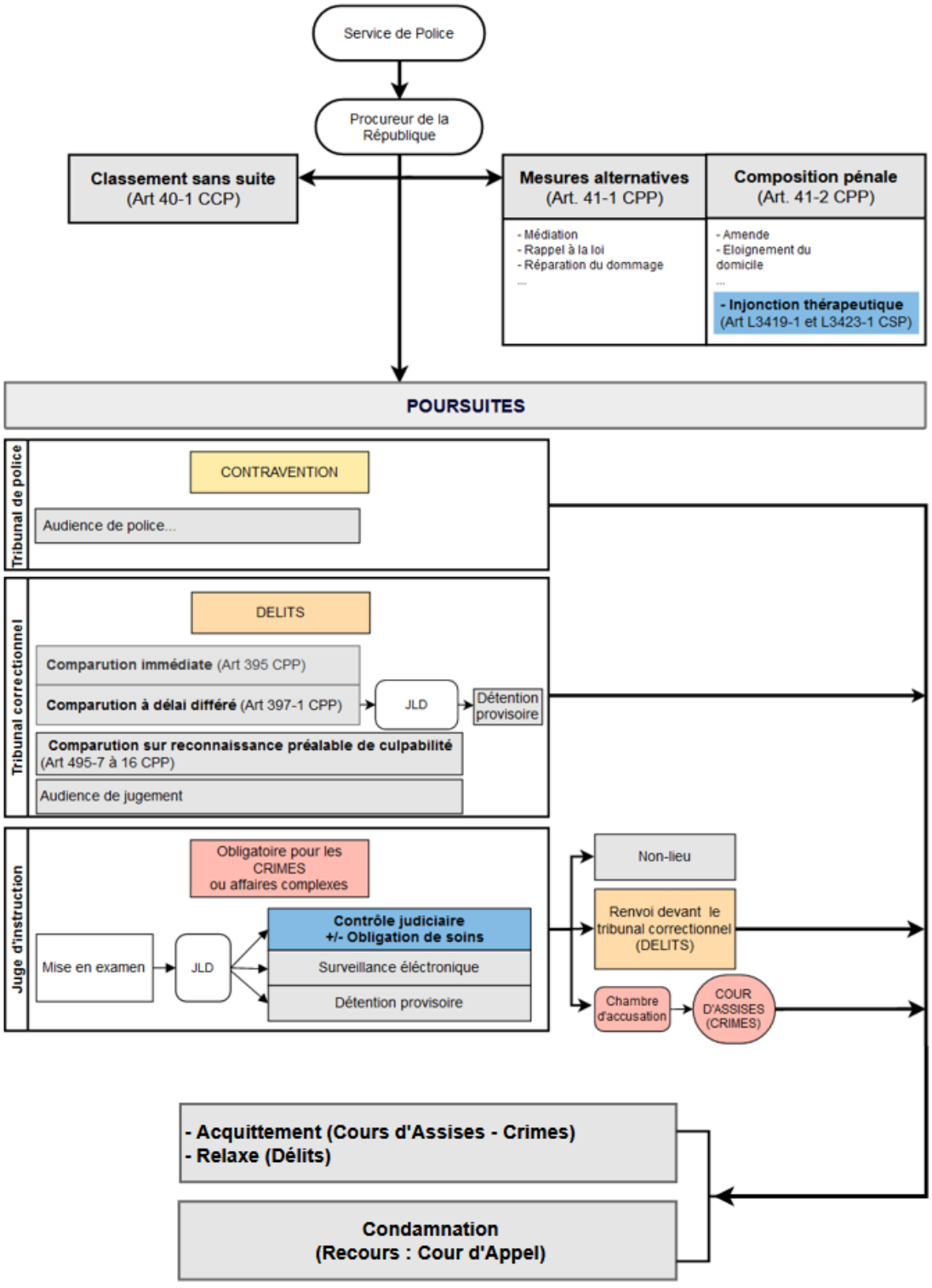


Figure 1 Les mesures prés-sentencielles simplifiées.

Les soins pénalement ordonnés sont surlignés en bleu

JLD "Juge des libertés et de la détention"

Certaines dispositions ordonnées par le procureur peuvent être prononcées pour éviter des poursuites : les mesures alternatives et la composition pénale à laquelle des soins pénalement ordonnés (SPO) peuvent être associés (figure 1).
Lorsque les poursuites sont encourues, selon l'infraction commise, la personne prévenue sera renvoyée devant le tribunal de police ou correctionnel, ou bien débutera une phase d'instruction ouvrant alors une enquête pour les délits d'une particulière complexité ou les crimes.

Le tribunal correctionnel compétent pour juger des délits prévoit différentes procédures :- la comparution immédiate (CI) permettant de juger une personne dès la fin de sa garde à vue et qui, avant la LPJ aboutissait fréquemment à des peines d'emprisonnement ferme.
- la comparution à délai différé qui permet de faire perdurer des actes d'enquête débutés en garde à vue et de placer en détention provisoire (jusqu'au jugement) un mis en cause sur demande du procureur de la République, après évaluation par un juge des libertés et de la détention (JLD).- la comparution sur reconnaissance préalable de culpabilité permet de juger rapidement un auteur reconnaissant les faits. Appliquée pour certains délits, la peine sera proposée au juge par le procureur.
Lors de l'instruction, le juge décide si le prévenu, dans l'attente du jugement, ira en détention provisoire ou portera un bracelet électronique ou s'il sera placé sous contrôle judiciaire avec ou sans adjonction d'une obligation de soins.

2.3 LES MESURES POST-SENTENCIELLES (FIGURE 2)

2.3.1 Sursis

Depuis la LPJ, le sursis probatoire est la fusion de plusieurs mesures et impose certaines obligations, assorties d'un suivi socio-éducatif soutenu évalué par le SPIP (Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation, voir 2.6).

2.3.2 Peines d'emprisonnement

Les peines d'emprisonnement sans sursis ne doivent être prononcées que de façon « exceptionnelle ». La LPJ a entraîné la suppression des peines de prison inférieures à 1 mois et, si la personnalité et la situation du condamné le permettent :
- l'aménagement par principe des peines comprises entre 1 et 6 mois sous forme d'une *détention à domicile sous surveillance électronique* (DDSE) ou d'une *semi-liberté* ou

placement extérieur.
- l'aménagement possible entre 6 mois et 1 an.

2.3.3 Aménagements de peine

Après le prononcé d'une peine d'emprisonnement ferme, le détenu peut bénéficier d'un *placement en extérieur* ou d'une *semi-liberté, d'une DDSE ou d'une libération conditionnelle.* Certains aménagements s'effectuent en milieu ouvert. Les personnes bénéficiant de ces mesures restent sous la responsabilité du SPIP, c'est un aménagement de peine dit « sous écrou », sauf pour la *libération conditionnelle*.
A la différence des aménagements de peine, octroyés selon le comportement et « efforts » du condamné, la *libération sous contrainte* est une modalité d'exécution de peine. Elle permet à des détenus, ayant exécutés les 2/3 de leur peine, d'effectuer leur reliquat sous le régime d'un *placement extérieur* ou d'une *semi-liberté* ou d'une *DDSE* ou d'une libération *conditionnelle*.

2.3.4 Suspension de peine pour raison médicale

Depuis la LPJ, une personne admise en soins psychiatriques sans son consentement peut avoir accès, après expertise psychiatrique, à une suspension de peine (art 720-1-1 du Code de Procédure Pénale CPP) et bénéficier d'une libération conditionnelle après un an, au lieu de trois (art 729 CPP). Elle reste pour le moment, rarement appliquée.

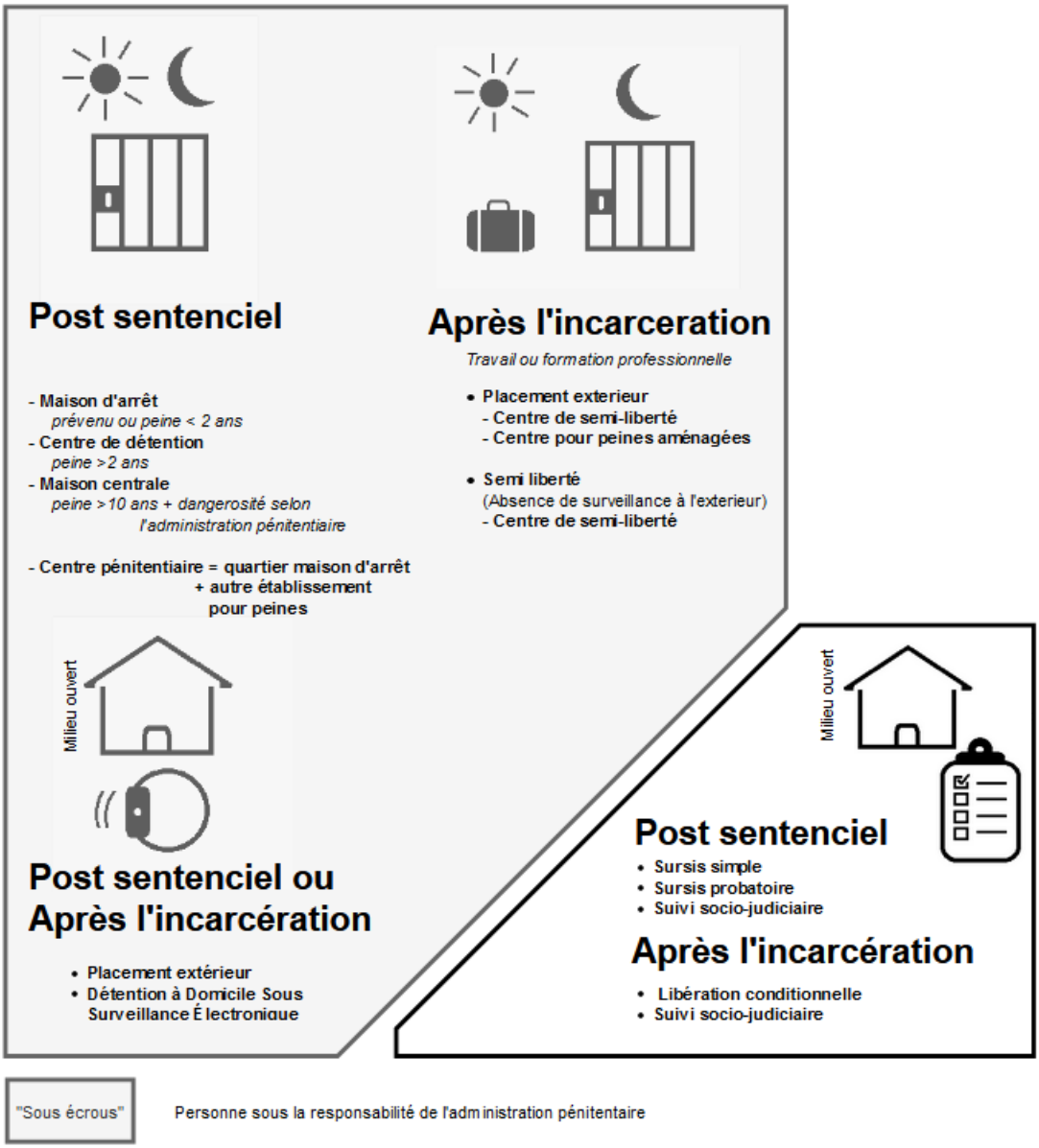


Figure 2 Mesures post-sentencielles simplifiées et établissements pénitentiaires

La « libération sous contraintes » s'applique si les 2/3 d'une peine de 5 ans maximum ont été effectués. Elle consiste en un placement extérieur ou une semi-liberté ou une surveillance électronique ou la libération conditionnelle.

Le suivi-socio-judiciaire concerne les auteurs de violences sexuelles et autres crimes graves selon l'article 222-48-1 du CP.

2.4 APRES L'EXECUTION DE LA PEINE (FIGURE 3)

Le *suivi socio-judiciaire* (SSJ), décrit au 3.2.2, est une peine complémentaire et une mesure de contrôle de nature judiciaire, sociale ou médico-psychologique, permettant un contrôle du condamné une fois celui-ci libéré.

En milieu ouvert, la *surveillance judiciaire* (pour une peine d'au moins 7 ans, pour un crime ou un délit pour lequel le SSJ est encouru) et la *surveillance de sûreté* (peine de réclusion d'au moins 15 ans pour certains crimes) consistent en un ensemble d'obligations et d'interdictions, placées sous le contrôle du Juge d'application des peines (JAP).

En milieu fermé, depuis la loi de 2008, la *rétention de sûreté* peut être prononcée pour des personnes condamnées à une peine d'une durée d'au moins 15 ans pour certains crimes, en cas de dangerosité avec une probabilité élevée de récidive, liée à un trouble grave de la personnalité. Le détenu n'est pas remis en liberté mais est placé dans un centre de sûreté. Ce placement est réévalué tous les ans.

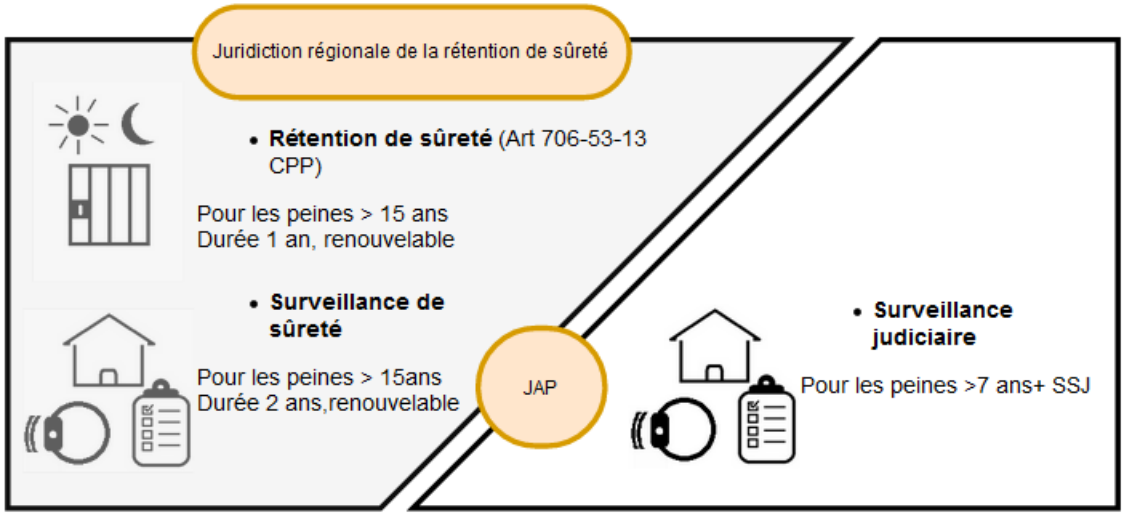


Figure 3 Mesures après l'exécution de la peine
CPP : « Code de Procédure Pénale »
JAP : « Juge d'Application des peines »
SSJ : « Suivi-Socio-Judiciaire »

2.5 ETABLISSEMENTS PENITENTAIRES

Ils se distinguent en deux catégories : les Maisons d'Arrêt (qui accueillent les prévenus en détention provisoire ou ceux dont les peines sont inférieures à deux ans) et les autres centres de détention et Maisons Centrales.

2.6 SERVICE PENITENTIAIRE D'INSERTION ET DE PROBATION

Les SPIP sont des services décentrés de l'administration chargés d'assurer le suivi et le contrôle des personnes placées sous main de justice. En détention, ils contribuent au maintien des liens familiaux et à la préparation à la sortie. En milieu ouvert, ils interviennent en pré ou post-sentenciel, en organisant un suivi et contrôle du respect des obligations. Cet accompagnement a pour objectifs la réinsertion socioprofessionnelle et la lutte contre la récidive.

3. SANTÉ MENTALE

3.1 L'EXPERTISE PSYCHIATRIQUE

En France, l'expert psychiatre, choisi sur une liste nationale (expert agréé par la Cour de Cassation) ou des listes régionales (Cours d'Appel), est un collaborateur occasionnel de la Justice (6), pratiquant l'expertise judiciaire en complément de sa profession principale.
La mission de l'expert doit être précisée dans la décision qui ordonne l'expertise mais n'est pas précisément définie par le CPP. Il doit répondre à plusieurs questions :
- Une question systématiquement posée, est l'accessibilité du mis-en-cause à une sanction pénale. L'irresponsabilité pénale (IP) est un concept juridique inscrit dans la loi (art 122-1 du CP). Dans le cadre de troubles psychiatriques, la loi distingue l'abolition et l'altération du discernement et/ou du contrôle des actes, cependant, les troubles de la personnalité ne sont pas reconnus comme une cause d'IP. Les personnes reconnues irresponsables sont soumises à des soins sans consentement à la demande d'un représentant de l'état (SPDRE) et peuvent donc être hospitalisées.
- Il sera souvent demandé à l'expert d'évaluer si le mis-en-cause nécessite une prise en charge médicale qui complètera la peine : l'injonction de soins.

L'expertise psychiatrique peut être demandée à plusieurs niveaux de l'information judiciaire (figure 4) et est laissée à la libre appréciation des commanditaires :

- Pendant la garde à vue par le Parquet, pour juger de la compatibilité de l'état mental du prévenu avec la poursuite de l'information judiciaire (elle peut être réalisée aux urgences par un psychiatre non expert ou dans une unité de médecine légale) ;
- Par le procureur dans le cadre d'une CI ;
- Par le juge d'instruction dans le cadre d'une procédure correctionnelle ou criminelle.

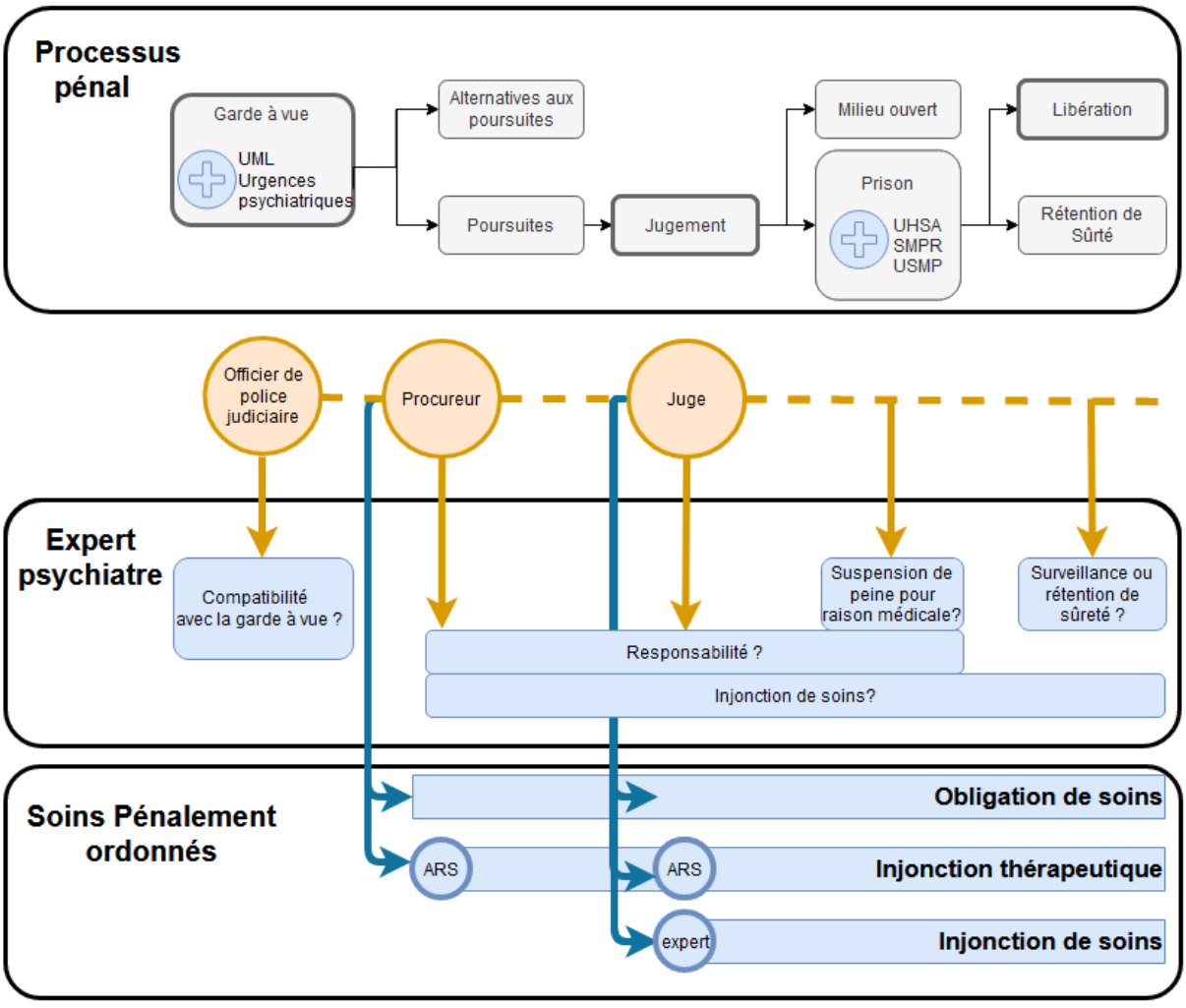


Figure 4 Soins pénalement ordonnés et expertise psychiatrique.

UML : « Unité de médecine légale »

UHSA : « Unité Hospitalière Spécialement Aménagée »

SMPR : « Service Medico Psychologique Régional »

USMP ; « Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire »

ARS : « Agence Régionale de Santé »

En post-sentenciel, le JAP peut ordonner une expertise. Elle est obligatoire pour le SSJ, avant d'ordonner une rétention ou une surveillance de sûreté, ou avant d'ordonner des mesures de sûreté en cas d'IP pour cause de trouble mental. Avant de mettre fin à la période de sûreté,

l'expertise est réalisée par un collège de trois experts pour l'évaluation de la dangerosité du condamné.

3.2 SOINS PENALEMENT ORDONNES (SPO)

Le juge peut décider de SPO depuis les années 1950. Ceux-ci ont connu une évolution tant sur les populations concernées que sur leur place dans le processus pénal, des soins psychiatriques à la prévention de la récidive.
Il en existe 3 types : l'obligation de soins, l'injonction de soins et l'injonction thérapeutique.

3.2.1 Obligation de soins (OS)

Mesure consistant à soumettre une personne à des examens médicaux, des traitements ou des soins, même sous le régime de l'hospitalisation. Elle ne comporte pas d'articulation formalisée entre les systèmes judiciaire et sanitaire. Elle est prononcée seulement pour les délits en pré ou post-sentenciel :

- Avant le jugement, dans le cadre d'un contrôle judiciaire
- Par le juge d'instruction ou le JLD si la personne encourt une peine d'emprisonnement
- Par la juridiction de jugement ou après le jugement par le JAP, dans le cadre d'une peine principale (sursis, aménagement de peine…)

Il n'existe pas d'OS en détention, cependant, le JAP tient compte de l'investissement du détenu, dont l'acceptation de la prise en charge médicale, permettant l'octroi de remises de peines supplémentaires, de permissions de sortie ou d'aménagements de peine.

3.2.2 Injonction de soins

Mesure instaurée depuis la loi de juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection de mineurs. Elle est initialement ordonnée dans le cadre d'un SSJ (mais peut maintenant s'étendre au sursis, à la libération conditionnelle, la surveillance judiciaire ou de sûreté).
Le champ d'application du SSJ a été progressivement été élargi depuis 2005 et s'étend à certains crimes ou délits graves.
Cette mesure est uniquement prononcée en post-sentencielle, au moment du jugement comme peine principale (délit) ou complémentaire. Elle nécessite un recours à une expertise médicale

préalable et implique une articulation entre les systèmes judicaire (JAP) et sanitaire (psychiatre et psychologue) via le médecin coordonnateur des soins désigné par le JAP.

3.2.3 Injonction thérapeutique

Mesure instaurée depuis 1970 et relative à l'usage de stupéfiants ou de consommation habituelle et excessive de boissons alcooliques. Peu ordonnée, elle est généralement appliquée dans le cadre de mesures alternatives aux poursuites pénales.
Mesure comportant une articulation formalisée entre les systèmes judiciaire et sanitaire via l'Agence Régionale de Santé (ARS) et un médecin relais qui déterminera le recours à une prise en charge médicale en cas de dépendance à une substance. Le médecin relais assure la surveillance mais le contenu des soins incombe au médecin traitant qui doit donner son accord pour la prise en charge.

3.3 SOINS PSYCHIATRIQUES EN DETENTION

Des unités permettent la prise en charge de personnes détenues :

- En ambulatoire ou en hospitalisation de jour dans les unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP) ou dans les Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR)
- En hospitalisation complète, dans les Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA). On comptabilise 9 UHSA et 17 en prévision, situées dans une enceinte pénitentiaire nécessitant l'extraction du détenu. Avant leur création en 2010, les détenus souffrant de troubles mentaux ne pouvaient être hospitalisés qu'au sein d'un établissement public de santé mentale (EPSM) et uniquement hospitalisés en SPDRE.

Les Unités pour Malades Difficiles (UMD) sont des structures particulières, non liées à proprement parlées aux soins en détention. Il en existe 10, dédiées aux patients dont les soins sont complexes, en lien ou non avec une « dangerosité » du fait de leurs troubles mentaux. L'orientation vers ces unités n'est pas forcément liée à une procédure judiciaire mais nécessite des soins sous contraintes en SPDRE et sont encadrés par des dispositions légales spécifiques.

4. ETAT DES LIEUX

4.1 PREVALENCE DES PERSONNES SOUFFRANT D'UN TROUBLE MENTAL

4.1.1 Milieu ouvert

Les SPO concernent surtout des hommes, sans trouble mental dans un cas sur deux, mais avec des troubles de la personnalité et addictifs (7).

La mesure la plus fréquemment ordonnée est l'OS (8). Le tribunal impose à trois condamnés sur quatre de se soumettre à un suivi médical dans le cadre d'un sursis. Cependant, une étude monocentrique réalisée en 2007 montrait que près de la moitié des personnes en OS venant consulter au Centre Médico Psychologique ne présentaient aucune pathologie psychiatrique et que la majorité avait une activité professionnelle salariée (9). Ceci reflète une certaine automatisation de l'OS, dans un but principal de prévention de la récidive et « d' individualisation » de la peine de sursis (10).

4.1.2 Milieu fermé

La première étude, nationale, sur la santé mentale de la population carcérale française remonte à 2004 (11). Les prévalences étaient environ de 28 % pour les troubles de l'humeur, 29% pour les troubles anxieux, 19 % pour la dépendance à l'alcool ou aux drogues et 17 % pour les troubles psychotiques (dont 6 % pour la schizophrénie). Au total, 36% des détenus présentaient au moins un trouble psychiatrique suffisamment sévère pour être considérés comme « manifestement ou gravement malades ou parmi les plus malades ».
Plus récemment, une étude régionale conforte ces résultats : 45% des arrivants présentent au moins deux troubles psychiatriques et plus de 18% au moins quatre. La dépression, l'anxiété généralisée, la dépendance alcoolique et la dépendance aux drogues touchaient chacune environ une personne sur quatre, et 7 % de la population avaient des symptômes d'allure psychotique (12).

Les passages à l'acte suicidaire sont surreprésentés en prison (11) et concernent plus les prévenus que les condamnés (3,13). La mortalité par suicide des détenus a progressé au cours des dernières décennies, passant de 2 en 1950 à 25 pour 10 000 détenus dans les années 2000. La baisse modérée du nombre de suicides à partir de 2012 s'expliquerait en partie par la

détection systématique du risque suicidaire des entrants en détention et l'ouverture des UHSA (14).

4.2 JUSTICE

4.2.1 Surpopulation carcérale

Le taux d'incarcération par habitant a doublé entre 1970 et aujourd'hui. La surpopulation carcérale, surtout dans les maisons d'arrêt, reste endémique avec plus de 70000 détenus au 1er janvier 2020.
Cette surpopulation est en lien, dans le cadre de l'activité carcérale, à la CI et la détention provisoire (qui connait une augmentation de 27% en 5 ans). S'y ajoute l'allongement de la durée moyenne des peines (passage de 7,9 à 9.8 mois de 2002 à 2018) et l'augmentation des peines de prison inférieure à un an (46% des 60 907 écroués condamnés au 1er janvier 2019).

4.2.2 Aménagement de peines

L'effet de la LPJ sur la mise en place d'aménagements pour les peines inférieures à 6 mois et son application à la population souffrant de troubles psychiatriques n'est pas encore évaluable, compte tenu d'une mise en œuvre trop récente (mars 2020) et du contexte de pandémie. En principe, les personnes détenues devraient préférentiellement bénéficier d'un retour progressif à la liberté dans le cadre d'un aménagement de peine, mais il reste peu prononcé : 20.9% des condamnés écroués au 1er janvier 2019.

4.2.3 Comparution immédiate

La CI sert à juger des faits simples qui ne nécessitent pas une enquête approfondie et de renvoyez les justiciables, à l'issue de la garde-à-vue, devant le Tribunal correctionnel. Avec la détention provisoire, la CI est responsable d'un recrutement important de détenus souffrant de troubles mentaux (15).
La procédure même de CI et sa mise en œuvre sont à l'origine d'une concentration de population précaire du point de vue social, économique et sanitaire (16–19). Elle se caractérise par sa rapidité, entrainant une automatisation et une normalisation du jugement. Avant la LPJ, elle empêchait l'accusé de bénéficier d'une possible mesure alternative à l'incarcération. Depuis, il est imposé des aménagements de peines pour les peines inferieures à 6 mois.

4.2.4 Expertise psychiatrique

L'expertise psychiatrique intervient généralement lors de l'instruction mais n'est que facultative en correctionnel, or la majorité des détenus sont incarcérés pour des délits. De ce fait, la plupart de ceux présentant des troubles psychiatriques n'ont pas fait l'objet d'une décision de justice éclairée par l'avis d'un psychiatre(15). Ceci est exacerbé par l'absence fréquente d'expertise pré-sentencielle, en lien avec :
- un manque d'experts,
- son aspect optionnel dans de nombreuses situations (l'augmentation de la CI, la détention provisoire et le renvoi en correctionnel des affaires)

S'y ajoutent :
- des déclarations d'IP de plus en plus exceptionnelles.
- des condamnations plus sévères quand l'altération du discernement est retenue par les experts contrairement aux personnes jugées pleinement responsables de leur acte (20). Pour corriger cette tendance à la sur-pénalisation, la loi du 15 aout 2014 précise qu'en cas d'altération du discernement, la peine encourue est réduite d'un tiers. Cependant, ses effets sont peu quantifiables actuellement.

Du côté des experts, on observe (6,21–23) :

- une hétérogénéité des pratiques en raison de leurs représentations propres
- un manque de formation des professionnels (dont la responsabilité morale s'accroit en termes de risque de récidive et de dangerosité).

4.3 INSTITUTION HOSPITALIERE

En 40 ans, le nombre de lits d'hospitalisation complète en établissement psychiatrique est passé de 170,000 à 33,000 en 2017 (24). Résultant initialement d'une volonté d'ouverture de la psychiatrie vers l'extérieur, cette fermeture de lits n'a pourtant pas été associée au développement des soins ambulatoires ou des dispositifs de prise en charge alternatifs en raison de moyens insuffisants.
Concernant les hospitalisations des détenus, l'objectif était de réduire les hospitalisations sans consentement des détenus en EPSM. Elles ont cependant augmenté de 50% entre 2012 et 2016 (25). On notera que pour prévenir un risque de fugue, les hospitalisations en EPSM

pouvaient être associées à l'utilisation injustifiée des contentions physiques ou de chambres d'isolement ou de durées d'hospitalisation réduites (21).

En 2016, 47% des 5 000 détenus hospitalisés en temps plein étaient en EPSM, reflétant une rapide saturation des UHSA, ne pouvant faire face à des hospitalisations urgentes ou localisées trop loin de la prison (26).

De plus, la coordination du dispositif actuel ne permet pas de garantir une continuité des soins pour prévenir le « revolving-door », ou « porte-tournante », désignant l'alternance entre prison, hôpital psychiatrique, rue et maintenant UHSA (27). Ce phénomène concerne surtout les courtes peines et n'a pas été quantifié en France.

4.4 IMPACT SOCIAL

4.4.1 Précarité socio-économique des détenus

On observe, dans les prisons françaises, une sur-représentation des populations à bas revenus : 2/3 de la population carcérale était sans activité professionnelle (28) et 60% des sortants de prison étaient en situation de grande précarité socio-économique à leur arrivée (29). Ceci pourrait en partie expliquer le lien entre la fluctuation de la surpopulation carcérale et les périodes de chômage ou de fragilité économique (30).

4.4.2 Précarité et santé mentale

Depuis les années 1850, on observe une augmentation des places de prisons et une diminution des lits d'hospitalisation en psychiatrie (20,31). Cette décroissance (accélérée dans les années 1970), a conduit au déplacement des patients les plus déficitaires vers les institutions médico-sociales et les plus pauvres, vers la prison ou la rue.
Le lien entre « inégalités sociales » et « état de santé mentale » d'une population est bien documenté (32,33). En France, la surreprésentation des troubles psychiatriques sévères parmi les sans-abris a été révélée dans plusieurs études dont SAMENTA (34), alors que la problématique du mal logement continue de s'intensifier.

La sortie de détention occasionne une rupture de prise en charge, surtout pour les personnes cumulant un état d'extrême précarité et des troubles psychiatriques. La spécificité de cette catégorie augmente le risque de réincarcération, la détention n'ayant pas apporté d'étayages sanitaire et social suffisants (associés à l'insuffisance des moyens du SPIP).

Ces ruptures dans le suivi médico-social révèlent que les courtes peines sont un facteur de risque de récidive (17,35).
Des Structures d'Accompagnement à la Sortie (SAS), crées en 2018 dans certaines Maisons d'arrêt tentent d'éviter cette désinsertion pour les détenus en fin de peine, cependant les personnes présentant des troubles psychiatriques ne sont généralement pas éligibles (sauf concernant les troubles addictifs).

4.4.3 Précarité et décision d'incarcération

Ces aspects sont identifiés dans une étude déclarative monocentrique au moment de la CI, sur la triple problématique : précarité, troubles psychiatriques et incarcération. Elle établit que les facteurs influençant la décision d'incarcération concernent respectivement : les revenus (moins de 500 euros), les antécédents judicaires et le handicap psychique (bipolarité, schizophrénie, dépression sévère avec tentative de suicide et/ ou comorbidités addictives). De plus, les personnes présentant une problématique de logement, à délit équivalent, sont plus souvent incarcérées (36).

5. DISCUSSION

La multiplicité des réformes pénales et sanitaires requiert de nouvelles études pour évaluer leurs impacts sur la population psychiatrique confrontée au système judiciaire. Ceci a été initié, deux études épidémiologiques sont attendues : une portant sur la prévalence des troubles psychiatriques chez les sortants de détention (notamment les maisons d'arrêt) et une sur l'évolution des troubles au cours de la détention. Cependant on pourrait ajouter une évaluation des soins réalisés dans les UHSA dont le développement reste insuffisant, une évaluation des relais de prise en charge des sortants de prison et des études sur la population impliquée dans le revolving-door pour améliorer l'accès aux soins et donc espérer une amélioration clinique, conduisant ainsi à une baisse de la récidive et des incarcérations.

Des politiques de santé publique pourraient réduire, par une approche inclusive et interdisciplinaire, l'exclusion et les fortes inégalités de santé observées parmi les populations les plus précaires. La santé inclusive, *inclusion health*, est une approche innovante d'offres de services de santé et propose des mesures préventives et de prise en charge spécifiques aux populations les plus vulnérables (37). Elle comprend différentes approches déjà mises en œuvre et efficaces incluant : pharmacothérapie, interventions psychosociales, case

management, médecine préventive ainsi que des interventions sur l'accès au logement et les acteurs sociaux (38).

Si l'on considère la surreprésentation des personnes souffrant de troubles psychiatriques confrontées aux systèmes judicaire et carcéral et pris dans un cercle rue-hôpital-rue-prison, il semble intéressant de se donner les moyens d'agir de manière préventive pour éviter leur criminalisation. C'est ce que propose le *Sequential Intercept Model* (39) en établissant un système de « filtres » allant des soins librement consentis aux SPO suivant ou non une incarcération. Ce modèle permettrait d'alléger les interactions entre le système pénal et les personnes souffrant de troubles psychiatriques. Concernant les filtres, nous pourrions concentrer notre attention sur la CI en intégrant une approche sociale. En effet, la CI offre un cadre où le handicap psychique est généralement révélé par l'absence de logement et d'emploi, de faibles revenus et des addictions qui sont sanctionnés à délit équivalent, par un recours accru à la détention. Ces personnes sont bien identifiées par les autorités judiciaires, mais le processus conduit à l'incarcération plutôt que de rétablir le droit au logement ou à l'accès aux soins.

Les politiques pénales avec des programmes de *jail diversion* basées sur les modèles de *Forensic Assertive Community Treatment* pratiquées dans les pays anglo-saxons n'ont pas encore d'équivalents en France (36). Les alternatives à l'incarcération, crées généralement à l'initiative de juridictions locales, se concentrent principalement sur les troubles addictifs sans favoriser l'accès au logement. Il est à noter qu'une étude pilote sur l'alternative à l'incarcération par le logement et le suivi intensif, AILSI, débutant en 2021 et devrait fournir des informations intéressantes sur cette approche.

6. REFERENCES

1. Lafaye C, Lancelevée C, Protais C. L'irresponsabilité pénale au prisme des représentations sociales de la folie et de la responsabilité des personnes souffrant de troubles mentaux. 2016 p. 266. (Mission de recherche Droit et Justice).
2. Sechter D, Senon J-L, Sechter D. La dangerosité, problème central dans la confrontation des modèles intégratifs et ségrégatifs des soins entre prison et hôpital. L'information psychiatrique. 28 déc 2012;Volume 88(8):631-40.
3. Fassin D. L'asile et la prison. Esprit. 2015;Mars-avril(3-4):82-95.

4. Renneville M. Psychiatrie et prison : une histoire parallèle. Annales médico-psychologiques. 2004;162(8):653-6.

5. Poncela P. Chronique de l'exécution des peines. Revue de science criminelle et de droit penal compare. 1 juill 2020;N° 1(1):137-42.

6. Combalbert N, Andronikof A, Armand M, Robin C, Bazex H. Forensic mental health assessment in France: Recommendations for quality improvement. International Journal of Law and Psychiatry. nov 2014;37(6):628-34.

7. Orsat M, Auffret E, Brunetière C, Decamps-Mini D, Canet J, Olié J-P, et al. Les soins pénalement ordonnés : analyse d'une pratique complexe à travers une revue de la littérature. L'Encéphale. 1 oct 2015;41(5):420-8.

8. Pirot P, Poulailler B, Sigler N. Le sursis avec mise à l'épreuve en 2016. 2016;6.

9. Arena G, Marette F. Enquête sur les obligations de soins en Seine-Saint-Denis EPS de Ville-Evrard | Cairn.info. Cairn.info. janv 2007;83(1):23 à 28.

10. Mistretta MP. L'illusion du consentement du délinquant à l'acte médical et aux soins en droit pénal. Revue internationale de droit penal. 22 nov 2011;Vol. 82(1):19-39.

11. 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. 21 août 2006;6(1):33.

12. Fovet T, Plancke L, Amariei A, Benradia I, Carton F, Sy A, et al. Mental disorders on admission to jail: A study of prevalence and a comparison with a community sample in the north of France. Eur Psychiatry. 27 avr 2020;63(1):e43.

13. Duthé G, Hazard A, Kensey A. Suicide des personnes écrouées en France : évolution et facteurs de risque. Population. 2014;69(4):519.

14. 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.

15. Protais C. Les malades mentaux dans les prisons françaises : le rôle de l'expertise psychiatrique. Mouvements. 18 nov 2016;n° 88(4):27-33.

16. Christin A. 3. La comparution immédiate au sein du système judiciaire français. TAP / Enquetes de terrain. 2008;59-74.

17. Gautron V, Retière J-N. La justice pénale est-elle discriminatoire? Une étude empirique des pratiques décisionnelles dans cinq tribunaux correctionnels. Colloque "Discriminations: état dela recherche", Alliance de Recherche sur les Discriminations (ARDIS), Dec 2013, Université Paris EstMarne-la-Vallée, France. déc 2013;12.

18. Mucchielli L, Raquet É. Les comparutions immédiates au TGI de Nice, ou la prison comme unique réponse à une délinquance de misère. Revue de science criminelle et de droit penal compare. 2014;N° 1(1):207-26.

19. Raoult S, Azoulay W. Etudes et travaux ORDC N°8 juillet2016. Les comparutions immédiates du Tribunal de grande instance de Marseille. 2016 juill. Report No.: 8.

20. Lancelevée C. Quand la prison prend soin : enquête sur les pratiques professionnelles de santé mentale en milieu carcéral en France et en Allemagne. Regards. 31 juill 2017;N° 51(1):245-55.

21. Fovet T, Thibaut F, Parsons A, Salize H-J, Thomas P, Lancelevée C. Mental health and the criminal justice system in France: A narrative review. Forensic Science International: Mind and Law. 1 nov 2020;1:100028.

22. Guivarch J, Piercecchi-Marti M-D, Glezer D, Chabannes J-M. Divergences dans l'expertise psychiatrique de responsabilité : bilan et premières hypothèses à travers une revue de la littérature. L'Encéphale. 1 juin 2015;41(3):244-50.

23. Guivarch J, Piercecchi-Marti M-D, Glezer D, Murdymootoo V, Chabannes J-M, Poinso F. Is the French criminal psychiatric assessment in crisis? International Journal of Law and Psychiatry. 1 mars 2017;51:33-41.

24. DREES D des EE de la S. Les établissements de santé - édition 2019 - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. drees.solidarites-sante.gouv.fr. 2019.. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-etablissements-de-sante-edition-2019

25. Emmanuelli J, Schechter F, Delbos V, Danel A, Durand-Mouysset S. Évaluation des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) pour les personnes détenues [Internet]. 2018 déc [cité 19 avr 2020]. Report No.: ICG N°061-18, IGAS N°2018-072R. Disponible sur: http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article775

26. Fovet T, Amad A, Horn M, Thomas P, Chan-Chee C. Utilization of Hospital-Level Mental Health Care Services for Inmates in France: A Transversal Study. Psychiatr Serv. 01 2020;71(8):824-8.

27. Moncany A-H, Dandelot D, Bouchard J-P. Entre détention et psychiatrie, les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) pour prendre en charge les personnes détenues dont l'état psychique relève d'une hospitalisation. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. 1 mars 2019;177(3):295-301.

28. Kensey A. Que sait-on de la situation socioéconomique des sortants de prison ? Revue du MAUSS. 19 nov 2012;n° 40(2):147-60.

29. Beaurepaire C de. La vulnérabilité sociale et psychique des détenus et des sortants de prison. Revue du MAUSS. 19 nov 2012;n° 40(2):125-46.

30. Raoult S, Derbey A. La justice de classe, la nouvelle punitivité et le faux mystère de l'inflation carcérale. Revue de science criminelle et de droit pénal comparé. 2018;1(1):255-65.

31. Raoult S, Harcourt BE. The mirror image of asylums and prisons: A study of institutionalization trends in France (1850–2010): Punishment & Society; Disponible sur: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1462474516660696

32. Lovell A. 16. Les troubles mentaux [Internet]. Les inégalités sociales de santé. La Découverte; 2000 [cité 20 avr 2020]. Disponible sur: https://www.cairn.info/les-inegalites-sociales-de-sante--9782707132475-page-251.htm

33. Murali V, Oyebode F. Poverty, social inequality and mental health. Advances in Psychiatric Treatment. mai 2004;10(3):216-24.

34. Laporte A, Vandentorren S, Détrez M-A, Douay C, Le Strat Y, Le Méner E, et al. Prevalence of Mental Disorders and Addictions among Homeless People in the Greater Paris Area, France. Int J Environ Res Public Health. 31 janv 2018;15(2).

35. Kensey A. Dix ans d'évolution du nombre de personnes écrouées de 2000 à 2010. 2010;8.

36. Allaria C, Boucekine M. L'incarcération des personnes sans logement et en grande difficulté psychique dans les procédures de comparution immédiate. Champ pénal/Penal field [Internet]. 5 déc 2019;(18). Disponible sur: http://journals.openedition.org/champpenal/11327

37. Aldridge RW, Story A, Hwang SW, Nordentoft M, Luchenski SA, Hartwell G, et al. Morbidity and mortality in homeless individuals, prisoners, sex workers, and individuals with substance use disorders in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. The Lancet. 2017;391(10117):241-50.

38. Luchenski S, Maguire N, Aldridge RW, Hayward A, Story A, Perri P, et al. What works in inclusion health: overview of effective interventions for marginalised and excluded populations. The Lancet. 2017;391(10117):266-80.

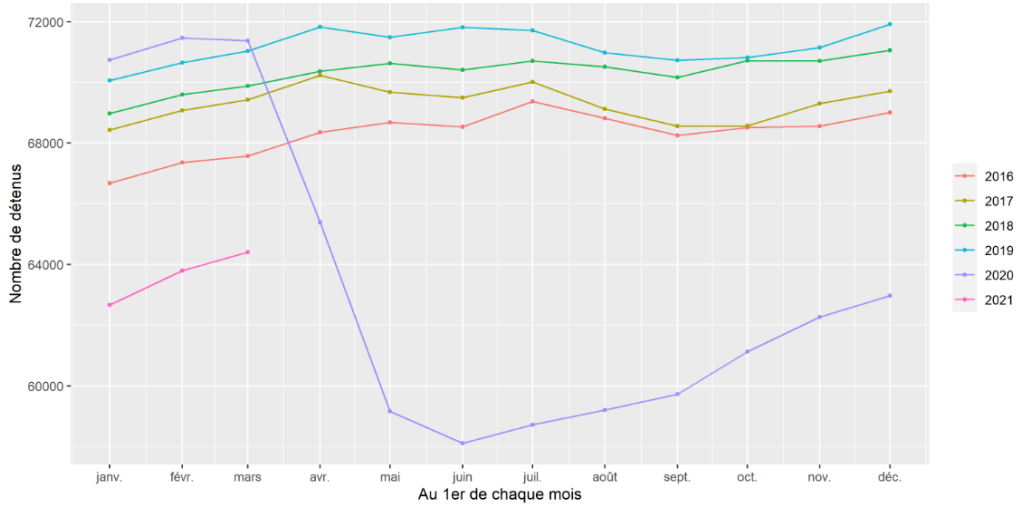
39. Munetz MR, Griffin PA. Use of the Sequential Intercept Model as an Approach to Decriminalization of People With Serious Mental Illness. PS. 1 avr 2006;57(4):544-9.

ANNEXES : BREF ETAT DES LIEUX AU COURS DE LA CRISE SANITAIRE AU COVID-19

1. JUSTICE

1.1 EVOLUTION DU NOMBRE DE PERSONNES DETENUES

Le 30 janvier 2020, la Cour Européenne des Droits de l'Homme a condamné la France en raison de la surpopulation carcérale et recommandait d'instaurer rapidement des mesures. Au cours de la pandémie de coronavirus, le nombre de personnes en détention a diminué drastiquement et de manière inédite, en deçà des 59000 personnes détenues en juin 2020 dans les prisons françaises. La densité carcérale était inférieure à 100% en moyenne, bien que l'encellulement individuel n'ait pas été atteint dans certaines maisons d'Arrêt.
Pendant le confinement, pour limiter la propagation du virus en détention, épicentre de maladies infectieuses (1) ; (2), les libérations anticipées par les remises de peines, les aménagements de peine et la limitation des mises sous écrou (dans un contexte de diminution de l'activité judiciaire) ont été privilégiés.
Le nombre de détenus tend à nouveau à monter depuis septembre 2020. En effet, au 1er janvier 2021, on retrouve 62673 personnes détenues dans les prisons françaises. Cette tendance est illustrée par les graphiques 1 et 2 suivants, d'après les statistiques du ministère de la justice.



Graphique 1 – Courbe d'évolution mensuelle des personnes détenues depuis 2016

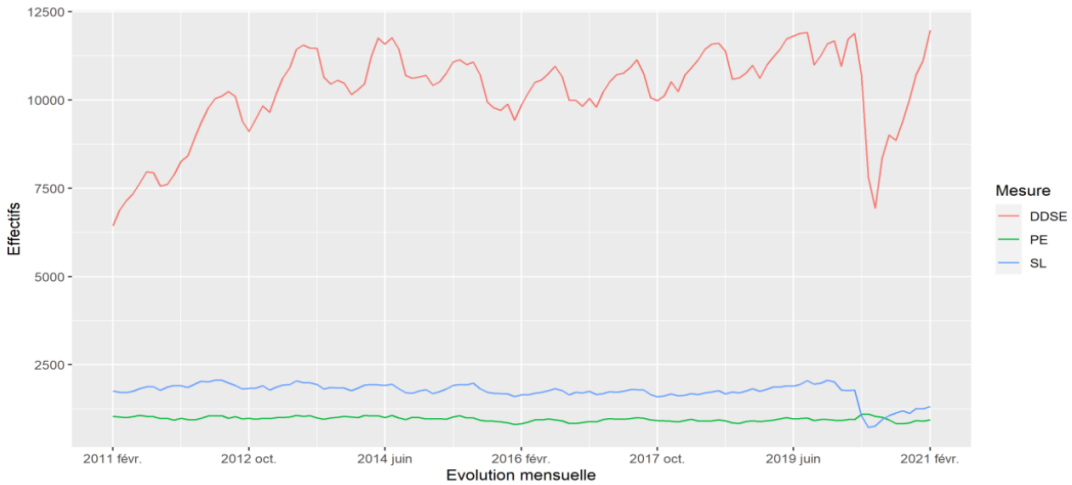
Graphique 2 – Evolution mensuelle des personnes détenues et des places opérationnelles depuis 2005

1.2 EVOLUTION DES AMENAGEMENTS DE PEINES ET LIBERATION SOUS CONTRAINTE

Depuis la LPJ appliquée en mars 2020, les effets concernant les aménagements de peine par principe pour les peines inférieures à 6 mois commencent à être visibles. La part des personnes écrouées condamnées ayant bénéficié d'un aménagement de peine a augmenté entre 2020 et 2021. Elle était de 21% en janvier 2020 et a progressé à 24.3% en février 2021 (graphique 3).

On retrouve également une augmentation des LSC qui sont principalement accordées sous la forme de *libération conditionnelle* avec une augmentation de la part de la *Détention à Domicile sous Surveillance Electronique.*

Effectifs actualisés au 1er du mois
Champ : Métropole et Outre-Mer
Source : Ministère de la Justice / DAP / SA / SDEX / EX3 - Traitement Infocentre pénitentiaire



Graphique 3 - Courbe d'évolution mensuelle des personnes écrouées condamnées selon le type d'aménagement de peine.

1.3 EVOLUTION DU NOMBRE DE PERSONNES DETENUES ATTEINTES DU COVID-19

Les données épidémiologiques françaises disponibles sur le nombre de prisonniers atteints du Covid-19 sont peu visibles mais l'épidémie semblait contenue lors du premier confinement de par, entre autres, la diminution de la population carcérale et les mesures de confinement générales, accompagnées des dispositions spécifiques aux prisons telles que la suspension des formations, travail, cultes ou la suppression des parloirs et interventions extérieures *(3)*.

D'après l'Observatoire International des Prisons, dont les sources sont peu exhaustives, il est dénombré 220 personnes détenues positives au covid-19 le 04 avril contre 92 en janvier 2021, en ce contexte de 3ème confinement.

2. SANTE MENTALE EN DETENTION

L'état des lieux se basera sur l'étude de *Fovet et al* portant sur les conséquences de la pandémie de covid-19 sur la population de détenus lors du premier confinement en France. Elle révèle plusieurs difficultés, notamment sur la réorganisation des soins, sur les conséquences psychiques du confinement et les difficultés de relais de prise en charge dans le cadre des libérations anticipées.

2.1 CONSEQUENCES DU CONFINEMENT SUR LES SOINS EN DETENTION

Avant la pandémie, la durée cumulée de séjour constatée par patient détenu était de 86.7 jours en UHSA, SMPR, UMD et EPSM. La durée cumulée de séjour était plus longue pour les UMD et SMPR dont une proportion significative de patients nécessitant une hospitalisation particulièrement longue (4).

Depuis la pandémie, on a retrouvé une diminution des admissions dans l'ensemble des établissements au début du confinement. Dans certaines régions, les difficultés rencontrées par les USMP et les SMPR pour assurer la continuité des soins auprès des patients présentant des troubles psychiatriques sévères ont eu pour conséquence le maintien en UHSA de patients stabilisés, réduisant de fait les capacités d'accueil. Toutefois, une nette reprise de l'activité est décrite depuis mi-avril 2020 (3).

2.2 CONSEQUENCES DES LIBERATIONS ANTICIPEES SUR LE RELAIS DE PRISE EN CHARGE

Les conséquences de ces libérations, indépendamment de la situation du coronavirus, est le risque de suicide et d'overdoses, majoré après une période d'isolement en détention, constat qui pourrait être aggravé pendant la période de pandémie en raison des contraintes supplémentaires subies par les personnes détenues.
Les libérations anticipées ont également été source d'inquiétudes, notamment concernant le risque de rupture de prise en charge à la suite d'une libération qui n'aura pas eu le temps d'être accompagnée et préparée. La coordination des différents acteurs du système judiciaire, sociale et sanitaire peut se révéler d'autant plus complexe en cette période si une personne est en situation de grande précarité.

2.3 CONSEQUENCES DU CONFINEMENT SUR LES TENTATIVES DE SUICIDE

Plusieurs études présentent les inquiétudes concernant les conséquences du confinement en santé mentale (5,6,7). L'adjonction des dispositions restrictives chez des personne détenues laisse entrevoir une situation préoccupante. En effet, bien qu'il n'y ait pas de données épidémiologiques nationales, les mesures dans la cadre de la prévention de la propagation du covid-19 ont induit de l'anxiété et/ou des sevrages forcés, des décompensations de pathologies psychotiques ou thymiques en lien avec une diminution du nombre des consultations. Les chiffres concernant le suicide semblent être restés stables, mais les tentatives de suicides et crises suicidaires auraient augmenté au cours du premier confinement surtout chez les arrivants (3).

3. IMPACT SOCIAL SUR L'ACCES AUX SOINS ET AUX AMENAGEMENTS DE PEINES PENDANT LA COVID-19, LA QUESTION DU MAL LOGEMENT EN FRANCE.

3.1 GENERALITE

L'enquête de l'INSEE menée en collaboration avec l'INED en 2012 sur la question des sans-domicile indique que « dans les agglomérations d'au moins 20 000 habitants de France métropolitaine, 81 000 adultes, accompagnés de 31 000 enfants, sont « *sans-domicile* ». La

question du sans-abrisme étant l'exemple extrême de la situation plus générale de la précarité liée au logement. En novembre 2020, la Fondation Abbé Pierre estimait qu'au moins 300 000 hommes, femmes et enfants étaient privés de domicile en France, au sens de l'Insee. Parmi eux, 27 000 seraient sans-abri, 180 000 en hébergement général, 100 000 hébergés dans le dispositif national d'accueil des demandeurs d'asile.
La précarité a un impact direct sur la santé mentale et somatique de l'individu (8,9). Malgré des efforts de la part des politiques pour réduire les inégalités sociales, de santé et de prévention, ceux-ci restent insuffisants (10).
A cours de la crise sanitaire, la situation des personnes sans domicile s'est aggravée, surtout pendant les périodes de confinement. Selon l'avis du Haut Conseil de Santé Publique, le confinement de la population a des impacts sur la perte des revenus (d'activités formelles ou informelles) et entraine des ruptures de continuité des dispositifs d'accompagnement (aide alimentaire, hébergement d'urgence, suivi médical et social). Ce constat a nécessité des actions telles que le renforcement d'équipes sanitaires mobiles, l'adjonction de centres d'hébergements pour les personnes malades non graves, la majoration de chambres disponibles en hébergement d'urgence etc.

3.2 IMPACT DE LA COVID-19 SUR L'ACCES AU LOGEMENT

Plusieurs services permettent d'avoir accès à un hébergement pour les personnes les plus précaires, que ce soit par le(s) : 115, SIAO, accueils de jour, hébergements sociaux, équipes mobiles, permanences sociales d'accueil spécifiques, ou bien par le travail social de secteur.

Selon le rapport de 2018 de l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale, l'accès aux hébergements sociaux n'est pas égal pour toutes les personnes sans domicile. Des critères d'accès à ces hébergements semblent favoriser les personnes proches de l'insertion ou celles qui ont une pathologie médicalement identifiable. Elles ne prioriseront pas les personnes ayant des pratiques addictives, sans emploi, parlant peu français ou possédant un animal. (11).

Le confinement a créé un obstacle supplémentaire pour l'accès aux droits des plus précaires. L'activité réduite des structures d'accueil n'a que très progressivement repris et les moyens humains étaient réduits en centres d'hébergement, privant ainsi les personnes accueillies de l'aide habituelle. Malgré l'augmentation du nombre de places d'hébergement, toutes les

demandes n'ont pas pu être prises en compte, d'autant que l'absence de solutions alternatives pour les hébergés et la non-remise à la rue n'ont pas permis de libérer des places.

3.3 IMPACT DU LOGEMENT SUR LES LIBERATIONS ET AMENAGEMENTS DE PEINE

Avant la pandémie, une étude de la DREES précise la situation des sortants de prison au regard du logement : 10% des sortants n'ont nulle part où aller, 18% ont perdu leur logement pendant la détention et 8% étaient déjà SDF avant l'incarcération (12).
Au cours du confinement, le relais de prise en charge à la libération pour les plus précaires a été plus complexe à réaliser en raison des difficultés sus-citées et le respect des obligations de SPO s'est avéré hypothétique au regard de l'accès difficile au système de soins ambulatoires, augmentant le risque de réincarcération (3).
Concernant les aménagements de peine, pour en bénéficier, la personne devra disposer d'un hébergement, excluant donc les plus précaires, souvent de nationalité étrangère, sans logement ou incapables d'en justifier et pour lesquelles la semi-liberté ou les centres d'hébergement ne peuvent plus prendre le relais (13). De plus, les personnes sans-abri, sont incarcérées en général pour de courtes peines. Dans ce contexte, l'obtention d'un aménagement de peine devient plus difficile: la procédure demande un temps long de préparation (14,15). A savoir que l'entrée en vigueur le 24 mars de la LPJ permet dorénavant d'utiliser la possibilité de convertir une peine en cours d'incarcération en une peine de travail d'intérêt général.

REFERENCES ANNEXE

1. Turner KB, Levy MH. Prison outbreak: Pandemic (H1N1) 2009 in an Australian prison. Public Health. 1 févr 2010;124(2):119-21.

2. Young LC, Dwyer DE, Harris M, Guse Z, Noel V, Levy MH. Summer outbreak of respiratory disease in an Australian prison due to an influenza A/Fujian/411/2002(H3N2)-like virus. Epidemiology & Infection. févr 2005;133(1):107-12.

3. Fovet T, Lancelevée C, Eck M, Scouflaire T, Bécache E, Dandelot D, et al. [Mental health care in French correctional facilities during the Covid-19 pandemic]. Encephale. juin 2020;46(3S):S60-5.

4. Fovet T, Amad A, Horn M, Thomas P, Chan-Chee C. Utilization of Hospital-Level Mental Health Care Services for Inmates in France: A Transversal Study. Psychiatr Serv. 01 2020;71(8):824-8.

5. Chan Chee C, Léon C, Lasbeur L, Lecrique J-M, Raude J, Arwidson P, et al. La santé mentale des Français face au Covid-19 : prévalences, évolutions et déterminants de l'anxiété au cours des deux premières semaines de confinement (Enquête CoviPrev, 23-25 mars et 30 mars-1er avril 2020) . Disponible sur: /import/la-sante-mentale-des-francais-face-au-covid-19-prevalences-evolutions-et-determinants-de-l-anxiete-au-cours-des-deux-premieres-semaines-de-confi

6. Franck N, Zante É. La santé mentale à l'épreuve du confinement. Pratiques en sante mentale. 15 mars 2021;67e année(1):6-13.

7. Mengin A, Allé MC, Rolling J, Ligier F, Schroder C, Lalanne L, et al. [Psychopathological consequences of confinement]. Encephale. juin 2020;46(3S):S43-52.

8. Laporte A, Vandentorren S, Détrez M-A, Douay C, Le Strat Y, Le Méner E, et al. Prevalence of Mental Disorders and Addictions among Homeless People in the Greater Paris Area, France. Int J Environ Res Public Health. 31 janv 2018;15(2).

9. Morrison DS. Homelessness as an independent risk factor for mortality: results from a retrospective cohort study. Int J Epidemiol. juin 2009;38(3):877-83.

10. Frachon A, Vignier N. [Health issues in precarious people]. Rev Prat. avr 2020;70(4):385-91.

11. Gardella É, Arnaud A. Le sans-abrisme comme épreuves d'habiter - Caractériser statistiquement et expliquer qualitativement le non-recours aux hébergements sociaux. Observatoire Nationale de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale; 2018 févr p. 224.

12. Baronnet J, Kertudo P, Faucheux-Leroy S. La pauvreté et l'exclusion sociale de certains publics mal appréhendés par la statistique publique. Recherche sociale. 2015;N° 215(3):4-92.

13. Bouvier J-C, Blisson L. En finir avec la crise permanente de la surpopulation carcérale. Deliberee. 26 nov 2020;N° 11(3):34-8.

14. Delcourt L. Prison, rue, foyer : une trajectoire à la croisée du pénal et de l'aide sociale. Sciences Actions Sociales. 13 nov 2020;N° 13(1):82-107.

15. Chantraine G. Favoriser l'accès dans le logement des personnes placées sous main de justice. Paris: Fondation Abbé Pierre; 2018. 112 p. (Les cahiers du logement). Disponible sur: https://www.fondation-abbe-pierre.fr/documents/pdf/favoriser_lacces_dans_le_logement_des_personnes_placees_sous_main_de_justice_sfp.pdf

CONCLUSION

Les interfaces entre santé mentale et justice impliquent de nombreux acteurs que ce soit sur le plan sanitaire, judiciaire et social. Les multiples réformes sanitaires et pénales n'ont pas permis la diminution des personnes placées sous main de justice souffrant d'un handicap psychique comme le montrent des études régionales récentes. La connaissance des caractéristiques de la population placée sous main de justice doit être réactualisée en prenant en compte le phénomène du « revolving-door », finalement peu étudié en France. Cette population, parce que nécessitant un accompagnement sanitaire, social et judiciaire requiert une attention particulière. Elle est généralement sujette à des courtes peines d'incarcération à la suite d'une procédure de comparution immédiate qui entrainent une sous sollicitation des experts psychiatres, en nombre insuffisants. Des mesures alternatives à l'incarcération, souvent à l'initiative des juridictions, peinent à se mettre en place localement. En effet, il n'existe pas encore de dispositif alternatif visant à répondre aux difficultés de logement, d'emploi et d'accès aux soins, tels qu'il en existe dans les pays anglo-saxons par exemple. Une étude d'alternative à l'incarcération, AILSI, avec accès au logement débutera courant 2021 et tentera de répondre à cette problématique.

La loi de Programmation de la Justice de mars 2019 rend dorénavant accessible la suspension de peine pour les personnes en soins sans consentement mais n'est pour l'heure que rarement utilisée. Cette réforme permet également d'éviter l'incarcération pour les courtes peines inférieures à 6 mois, cependant son impact sur la population présentant des troubles psychiatriques ne peut encore être évalué. Son application ajoutée au contexte de pandémie modifie sensiblement la réponse judiciaire avec une baisse inédite du nombre de personnes détenues lors du premier confinement.

Au cours du confinement lié à la crise sanitaire, les soins en détention se sont réorganisés, parfois en prolongeant l'hospitalisation de patients stabilisés, saturant les UHSA déjà insuffisamment développées sur le territoire. La pandémie de covid-19 met en lumière la problématique du mal logement déjà dénoncée depuis plusieurs années en France malgré la politique, peu appliquée du « logement d'abord ». Elle exacerbe les difficultés d'accès aux hébergements d'urgence pour les personnes les plus précaires impliquant directement une difficulté d'accès aux soins, aux aménagements de peine pour cette population.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise 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.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue 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 déshonorée et méprisée si j'y manque.