UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE : 2018 N° : 206

THÈSE

PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État

Mention D.E.S Psychiatrie

PAR

Christelle Risch

Née le 20 mars 1988 à Strasbourg

A propos d'un programme de sensibilisation des partenaires institutionnels de la Psychiatrie en milieu pénitentiaire : Enjeux, élaboration, mise en œuvre, évaluation et perspectives d'évolution.

Président de thèse : Monsieur le Professeur Gilles Bertschy

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Jean-Christophe Coujitou

Assesseurs : Madame le Professeur Carmen Schröder

Monsieur le Professeur Pierre Vidailhet

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE : 2018 N° : 206

THÈSE

PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État

Mention D.E.S Psychiatrie

PAR

Christelle Risch

Née le 20 mars 1988 à Strasbourg

A propos d'un programme de sensibilisation des partenaires institutionnels de la Psychiatrie en milieu pénitentiaire : Enjeux, élaboration, mise en œuvre, évaluation et perspectives d'évolution.

Président de thèse : Monsieur le Professeur Gilles Bertschy

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Jean-Christophe Coujitou

Assesseurs : Madame le Professeur Carmen Schröder

Monsieur le Professeur Pierre Vidailhet

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

1

FACULTÉ DE MÉDECINE
(U.F.R. des Sciences Médicales)

Edition MARS 2018
Année universitaire 2017-2018

HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)
Directeur général :
M. GAUTIER Christophe

Les Hôpitaux Universitaires de STRASBOURG

• **Président de l'Université**	M. DENEKEN Michel
• **Doyen de la Faculté**	M. SIBILIA Jean
Assesseur du Doyen (13.01.10 et 08.02.11)	M. GOICHOT Bernard
Doyens honoraires : (1976-1983)	M. DORNER Marc
(1983-1989)	M. MANTZ Jean-Marie
(1989-1994)	M. VINCENDON Guy
(1994-2001)	M. GERLINGER Pierre
(3.10.01-7.02.11)	M. LUDES Bertrand
• **Chargé de mission auprès du Doyen**	M. VICENTE Gilbert
• **Responsable Administratif**	M. LE REST François

A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis — Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Sélamak — Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)
DOLLFUS Hélène — Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

PO191

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
ADAM Philippe P0001	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif P0191	NRPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : **Gynécologie-Obstétrique**
ANDRES Emmanuel P0002	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01	Option : médecine interne
ANHEIM Mathieu P0003	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie
ARNAUD Laurent P0186	NRPô NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01	Rhumatologie
BACHELLIER Philippe P0004	RPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02	Chirurgie générale
BAHRAM Selamak P0005	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03	Immunologie (option biologique)
BALDAUF Jean-Jacques P0006	NRPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : **Gynécologie-Obstétrique**
BAUMERT Thomas P0007	NRPô CU	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Unité d'Hépatologie - Service d'Hépato-Gastro-Entérologie / NHC	52.01	Gastro-entérologie ; **hépatologie** Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / PO170	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03	Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEUX Rémy P0008	NRPô Resp	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie Interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02	Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François P0009	RPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02	Chirurgie infantile
BERNA Fabrice P0192	NRPô NCS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : **Psychiatrie d'Adultes**
BERTSCHY Gilles P0013	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03	Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume P0178	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-Imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Hautepierre	43.02	Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal P0014	NRPô CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / Hôpital de Hautepierre	48.02	Réanimation ; **Médecine d'urgence** Option : médecine d'urgence
BODIN Frédéric P0187	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	50.04	**Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique** ; Brûlologie
Mme BOEHM-BURGER Nelly P0015	NCS	• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02	Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
BONNOMET François P0017	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan P0018	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service d'Opthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02	Ophtalmologie
BOURGIN Patrice P0020	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital Civil	49.01	Neurologie
Mme BRIGAND Cécile P0022	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02	Chirurgie générale

NHC = Nouvel Hôpital Civil HC = Hôpital Civil HP = Hôpital de Hautepierre PTM = Plateau technique de microbiologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	50.04	Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03	Néphrologie
CANDOLFI Ermanno P0025	RPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
CASTELAIN Vincent P0027	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02	Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04	**Chirurgie vasculaire** ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01	Oto-rhino-laryngologie
CHAUVIN Michel P0040	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
CHELLY Jameleddine P0173	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04	Génétique (option biologique)
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre P0041	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03	Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie / CCOM d'Illkirch	42.01	Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier P0193	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01	**Anesthésiologie-Réanimation** ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
CRIBIER Bernard P0045	NRPô CS	• Pôle d'Uroloqie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03	Dermato-Vénéréologie
DANION Jean-Marie P0046	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie 1 / Hôpital Civil	49.03	Psychiatrie d'adultes
Mme DANION-GRILLIAT Anne P0047 (1) (8)	Slnb Cons	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service Psychothérapique pour Enfants et Adolescents / HC et Hôpital de l'Elsau	49.04	Pédopsychiatrie
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01	Pneumologie
DEBRY Christian P0049	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01	Oto-rhino-laryngologie
de SEZE Jérôme P0057	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie
DIEMUNSCH Pierre P0051	RPô CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01	Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04	Génétique (type clinique)
DUCLOS Bernard P0055	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépato-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01	Option : Gastro-entérologie
DUFOUR Patrick (5) (7) P0056	Slnb Cons	• Centre Régional de Lutte contre le cancer Paul Strauss (convention)	47.02	Option : Cancérologie clinique
EHLINGER Matthieu P0188	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie/Hôpital de Hautepierre	50.02	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01	Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de la Main et des Nerfs périphériques / CCOM Illkirch	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01	Bactériologie-**Virologie** ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-**Virologie** biologique
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
GANGI Afshin P0062	RPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A Interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02	Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRPô NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02	Ophtalmologie
GENY Bernard P0064	NRPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie (option biologique)
GICQUEL Philippe P0065	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02	Chirurgie infantile

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
GOICHOT Bernard P0066	RPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne et de nutrition / HP	54.04	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria P0067	NRPô CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail / HC	46.02	Médecine et santé au travail Travail
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01	Rhumatologie
GRUCKER Daniel (1) P0069	S/nb	• Pôle de Biologie - Labo. d'Explorations fonctionnelles par les isotopes in vitro / NHC • Institut de Physique biologique / Faculté de Médecine	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03	Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies Infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03	Option : Maladies infectieuses
HERBRECHT Raoul P0074	RPô NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôp. Hautepierre	47.01	**Hématologie** ; Transfusion
HIRSCH Edouard P0075	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie
HOCHBERGER Jürgen P0076 (Disponibilité 30.04.18)	NRPô CU	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Unité de Gastro-Entérologie - Service d'Hépato-Gastro-Entérologie / Nouvel Hôpital Civil	52.01	Option : Gastro-entérologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189		• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05	**Médecine Physique et Réadaptation**
JAULHAC Benoît P0078	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01	Option : **Bactériologie**-virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KAHN Jean-Luc P0080	 NRPô CS NCS	• Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine • Pôle de chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, chirurgie maxillo-faciale, morphologie et dermatologie - Serv. de Morphologie appliquée à la chirurgie et à l'imagerie / FAC - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / HC	42.01	Anatomie (option clinique, chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)
KALTENBACH Georges P0081	RPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01	Option : gériatrie et biologie du vieillissement
KEMPF Jean-François P0083	RPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main-CCOM / Illkirch	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme KESSLER Laurence P0084	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie / Méd. B / HC	54.04	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01	Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-Vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
KOPFERSCHMITT Jacques P0086	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service d'Urgences médico-chirurgicales adultes/Nouvel Hôpital Civil	48.04	Thérapeutique (option clinique)
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03	Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie 2 - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02	Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
KRETZ Jean Georges (1) (8) P0088	S/nb Cons	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04	**Chirurgie vasculaire** ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
KUHN Pierre P0175	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatologie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II) / Hôpital de Hautepierre	54.01	Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	NRPô CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôpital Hautepierre	47.02	Option : Cancérologie (clinique)
LANG Hervé P0090	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04	Urologie
LANGER Bruno P0091	RPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03	**Gynécologie-Obstétrique** ; gynécologie médicale : option gynécologie-Obstétrique
LAUGEL Vincent P0092	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre	54.01	Pédiatrie
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'Imagerie Ostéoarticulaire et Interventionnelle/ Hôpital de Hautepierre	42.01	**Anatomie**
LIPSKER Dan P0093	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03	Dermato-vénéréologie

4

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
LIVERNEAUX Philippe P0094	NRPd CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la main - CCOM / Illkirch	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
MARESCAUX Christian (5) P0097	NRPd NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD -Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie
MARK Manuel P0098	NRPd NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique, Cytologie et Histologie quantitative / Hôpital de Hautepierre	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRPd NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03	Immunologie (option clinique)
MASSARD Gilbert P0100	NRPd NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme MATHELIN Carole P0101	NRPd NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie - Hôpital Civil	54.03	Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent P0102	NRPd CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre • Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01	Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	RPd CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-Vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MERTES Paul-Michel P0104	NRPd CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / Nouvel Hôpital Civil	48.01	Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Nicolas P0105	NRPd NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRPd NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02	Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRPd CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie • Unité de Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	48.03	Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRPd NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRPd CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03	Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RPd CS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Digestive / NHC	52.02	Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRPd CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Hautepierre / NHC	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
NISAND Israël P0113	NRPd CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale : option gynécologie-Obstétrique
NOEL Georges P0114	NCS	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer Paul Strauss (par convention) - Département de radiothérapie	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
OHLMANN Patrick P0115	NRPd NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRPd CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01	Pédiatrie
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRPd NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	52.02	Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRPd NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	53.02	Chirurgie Générale
PETIT Thierry P0119	CDp	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRPd NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01	Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRPd NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne et nutrition / HP	44.04	Nutrition
PROUST François P0182	NRPd CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02	Neurochirurgie
Mme QUOIX Elisabeth P0124	NRPd CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01	Pneumologie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRPd CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03	Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRPd NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépato-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01	Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRPd NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRPd CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02	Chirurgie générale

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
Mme ROSSIGNOL -BERNARD Sylvie PO196	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01	Pédiatrie
ROUL Gérald P0129	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02	Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)
SAUDER Philippe P0142	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02	Réanimation
SAUER Arnaud P0183	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02	Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04	Biostatiqtiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04	Urologie
SCHNEIDER Francis P0144	RPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02	Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / Hôpital Civil	49.04	**Pédopsychiatrie** ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01	Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0197	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépato-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01	Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : **Hépatologie**
SIBILIA Jean P0146	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01	Rhumatologie
Mme SPEEG-SCHATZ Claude P0147	RPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02	Ophtalmologie
Mme STEIB Annick P0148	RPô NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01	Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
STEIB Jean-Paul P0149	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Hôpital Civil	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
STEPHAN Dominique P0150	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires - HTA - Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	51.04	Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04	Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / Hôpital Hautepierre	43.02	Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRPô NCS CS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Fac de Médecine • Centre de Lutte contre le Cancer Paul Strauss - Serv. Epidémiologie et de biostatistiques	46.01	Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01	Option : Gastro-entérologie
VIDAILHET Pierre P0158	NRPô NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03	Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Fac. de Médecine	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptations gériatriques / Hôpital de la Robertsau	51.01	Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WATTIEZ Arnaud P0161 (Dispo 31.07.2019)	NRPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03	**Gynécologie-Obstétrique** ; Gynécologie médicale / Opt Gynécologie-Obstétrique
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01	Option : Médecine Interne
WOLF Philippe P0164	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02	Chirurgie générale
Mme WOLFRAM-GABEL (5) Renée P0165	S/nb	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Morphologie appliquée à la chirurgie et à l'Imagerie / Faculté • Institut d'Anatomie Normale / Hôpital Civil	42.01	Anatomie (option biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Hautepierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil
* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Cspi : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an)
CU : Chef d'unité fonctionnelle
Pô : Pôle RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)
Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service) Dir : Directeur
(1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018
(3) (7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable –> 31.08.2017
(5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019 (8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) –> 31.08.2017
(6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017 (9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) –> 31.08.2017

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

HABERSETZER François	CS	Pôle Hépato-digestif 4190 Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.01 Gastro-Entérologie

M0112 B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
AGIN Arnaud M0001		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.01	Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTAL Maria Cristina M0003		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hautepierre • Faculté de Médecine / Institut d'Histologie	42.02	Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine M0109		• Centre de lutte contre le cancer Paul Strauss	47.02	Cancérologie ; **Radiothérapie**
ARGEMI Xavier M0112		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales Option : **Maladies infectieuses**
Mme BARNIG Cindy M0110		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations Fonctionnelles / NHC	44.02	**Physiologie**
Mme BARTH Heidi M0005 (Dispo → 31.12.2018)		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01	Bactériologie - Virologie (Option biologique)
Mme BIANCALANA Valérie M0008		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille M0091		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
BONNEMAINS Laurent M0099		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	54.01	Pédiatrie
BOUSIGES Olivier M0092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
CARAPITO Raphaël M0113		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03	Immunologie
CERALINE Jocelyn M0012		• Pôle d'Oncologie et d'Hématologie - Service d'Oncologie et d'Hématologie / HP	47.02	**Cancérologie** ; Radiothérapie (option biologique)
CHOQUET Philippe M0014		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
COLLONGUES Nicolas M0016		• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'investigation Clinique / NHC et HP	49.01	Neurologie
DALI-YOUCEF Ahmed Nassim M0017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme de MARTINO Sylvie M0018		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	45.01	**Bactériologie**-virologie Option bactériologie-virologie biologique
Mme DEPIENNE Christel M0100 (Dispo=>15.08.18)	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique / HP	47.04	Génétique
DEVYS Didier M0019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
DOLLÉ Pascal M0021		• Pôle de Biologie -Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina M0024		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie
FIUSETTI Denis M0025		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack M0027		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02	Physiologie (option clinique)
GUERIN Eric M0032		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03	Biologie cellulaire (option biologique)
Mme HELMS Julie M0114		• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02	Réanimation ; Médecine d'urgence Option : **Réanimation**
HUBELE Fabrice M0033		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP et NHC	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
Mme JACAMON-FARRUGIA Audrey M0034		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03	Médecine Légale et droit de la santé
JEGU Jérémie M0101		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil	46.01	Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention (option biologique)
JEHL François M0035		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01	Option : **Bactériologie**-virologie (biologique)
KASTNER Philippe M0089		• Pôle de Biologie - Laboratoire de diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique M0036		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme LAMOUR Valérie M0040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
Mme LANNES Béatrice M0041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02	Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX Thomas M0042		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03	Biologie cellulaire
LAVIGNE Thierry M0043	CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service d'Hygiène hospitalière et de médecine préventive / PTM et HUS - Equipe opérationnelle d'Hygiène	46.01	Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
Mme LEJAY Anne M0102		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie (Biologique)
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03	Dermato-Vénéréologie
LEPILLER Quentin M0104 (Dispo → 31.08.2018)		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	45.01	**Bactériologie-Virologie** ; Hygiène hospitalière (Biologique)
Mme LETSCHER-BRU Valérie M0045		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
LHERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme LONSDORFER-WOLF Evelyne M0090		• Institut de Physiologie Appliquée - Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Serv. de Chirurgie Maxillo-faciale, plastique reconstructrice et esthétique/HC	55.03	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MEYER Alain M0093		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie (option biologique)
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC	44.03	Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTHNER M0049	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
NOLL Eric M0111		• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - Hôpital Hautepierre	48.01	**Anesthésiologie-Réanimation** ; Médecine d'urgence
Mme NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail - HC	46.02	Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PELACCIA Thierry M0051		• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Service SAMU/SMUR	48.02	Réanimation et anesthésiologie Option : Médecine d'urgences
PENCREAC'H Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
PFAFF Alexander M0053		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS	45.02	Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04	Génétique (option biologique)
PREVOST Gilles M0057		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01	Option : **Bactériologie**-virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03	Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		• Pôle de Biologie - Labo. d'Explorations fonctionnelles par les isotopes / NHC • Institut de Physique biologique / Faculté de Médecine	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
RIEGEL Philippe M0059		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01	Option : **Bactériologie**-virologie (biologique)
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01	Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
ROMAIN Benoît M0061		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02	Chirurgie générale
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / Hôpital Civil	49.01	Neurologie
Mme SABOU Alina M0096		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SAMAMA Brigitte M0062		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02	Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme SCHNEIDER Anne M0107		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02	Chirurgie infantile
SCHRAMM Frédéric M0068		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01	Option : **Bactériologie**-virologie (biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
Mme SORDET Christelle M0069		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01	Rhumatologie
TALHA Samy M0070		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0039		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Infantile / Hôpital Hautepierre	54.02	Chirurgie Infantile
TELETIN Marius M0071		• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
Mme URING-LAMBERT Béatrice M0073		• Institut d'Immunologie / HC • Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03	Immunologie (option biologique)
VALLAT Laurent M0074		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre	47.01	Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VILLARD Odile M0076		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010		• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03	Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0116		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01	Pédiatrie
ZOLL Joffrey M0077		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02	Physiologie (option clinique)

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAH Christian	P0166	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des techniques
Mme la Pre RASMUSSEN Anne	P0186	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Nils		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mr LANDRE Lionel		ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
Mme THOMAS Marion		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mme SCARFONE Marianna	M0082	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

B4 - MAITRE DE CONFERENCE DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme CHAMBE Juliette	M0108	Département de Médecine générale / Faculté de Médecine	53.03	Médecine générale (01.09.15)

C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Pr Ass. GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pr Ass. KOPP Michel	P0167	Médecine générale (depuis le 01.09.2001, renouvelé jusqu'au 31.08.2016)
Pr Ass. LEVEQUE Michel	P0168	Médecine générale (depuis le 01.09.2000 ; renouvelé jusqu'au 31.08.2018)

C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)

C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Dre BERTHOU anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015 au 31.08.2018)
Dr BREITWILLER-DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dr GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014 au 31.08.2017)

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES

D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0098	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et de Réanimation néonatale (Pédiatrie 2) / Hôpital de Hautepierre
Dr ASTRUC Dominique (par intérim)	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr CALVEL Laurent	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins Palliatifs / NHC et Hôpital de Hautepierre
Dr DELPLANCQ Hervé	NRPô CS	- SAMU-SMUR
Dr GARBIN Olivier	CS	- Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO Schiltigheim
Dre GAUGLER Elise	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - UCSA - Centre d'addictologie / Nouvel Hôpital Civil
Dre GERARD Bénédicte	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Département de génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme GOURIEUX Bénédicte	RPô CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Pr LESSINGER Jean-Marc	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biologie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil + Hautepierre
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	NRpô Resp	• Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	RPô CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr REY David	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Dr TCHOMAKOV Dimitar	NRPô CS	• Pôle Médico-chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques - HP
Mme Dre TEBACHER-ALT Martine	NRPô NCS Resp	• Pôle d'Activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Maladies vasculaires et Hypertension - Centre de pharmacovigilance / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre TOURNOUD Christine	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Centre Antipoison-Toxicovigilance / Nouvel Hôpital Civil

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- ***de droit et à vie*** *(membre de l'Institut)*
  CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
- *pour trois ans (1er septembre 2015 au 31 août 2018)*
  BERTHEL Marc (Gériatrie)
  BURSZTEJN Claude (Pédo-psychiatrie)
  HASSELMANN Michel (Réanimation médicale)
  POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation)
- *pour trois ans (1er septembre 2016 au 31 août 2019)*
  BOUSQUET Pascal
  PINGET Michel
- *pour trois ans (1er septembre 2017 au 31 août 2020)*
  BELLOCQ Jean-Pierre (Anatomie Cytologie pathologique)
  CHRISTMANN Daniel (Maladies Infectieuses et tropicales)
  MULLER André (Thérapeutique)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2018)

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITE

Dr BRAUN Jean-Jacques	ORL (2012-2013 / 2013-2014 / 2014-2015 / 2015-2016)
Dr CALVEL Laurent	Soins palliatifs (2016-2017 / 2017-2018)
Pr CHARRON Dominique	Université Paris Diderot (2016-2017)
Mme GUI Yail	(Shaanxi/Chine) (2016-2017)
Mme Dre GRAS-VINCENDON Agnès	Pédopsychiatrie (2013-2014 / 2014-2015 / 2015-2016)
Dr JENNY Jean-Yves	Chirurgie orthopédique (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017)
Mme KIEFFER Brigitte	IGBMC (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017)
Dr KINTZ Pascal	Médecine Légale (2016-2017 / 2017-2018)
Dr LAND Walter G.	Immunologie (2013-2014 à 2015-2016 / 2016-2017)
Dr LANG Jean-Philippe	Psychiatrie (2015-2016 / 2016-2017)
Dr LECOCQ Jehan	IURC - Clémenceau (2016-2017 / 2017-2018)
Dr REIS Jacques	Neurologie (2017-2018)
Pr REN Guo Sheng	(Chongqing / Chine) / Oncologie (2014-2015 à 2016-2017)
Dr RICCO Jean-Baptiste	CHU Poitiers (2017-2018)
Dr SALVAT Eric	Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur (2016-2017 / 2017-2018)

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95
BAUMANN René (Hépato-gastro-entérologie) / 01.09.10
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16
BIENTZ Michel (Hygiène) / 01.09.2004
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.2017
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10
BROGARD Jean-Marie (Médecine Interne) / 01.09.02
BUCHHEIT Fernand (Neurochirurgie) / 01.10.99
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86
CANTINEAU Alain (Medecine et Santé au travail) / 01.09.15
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00
CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.96
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) /01.09.11
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17
DORNER Marc (Médecine Interne) / 01.10.87
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02
FISCHBACH Michel (Pédiatrie / 01.10.2016)
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.2009
GAY Gérard (Hépato-gastro-entérologie) / 01.09.13
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04
GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97
GROSSHANS Edouard (Dermatologie) / 01.09.03
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04
IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.2009
IMLER Marc (Médecine Interne) / 01.09.98
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11
JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) /01.09.2011
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06
KEMPF François (Radiologie) / 12.10.87
KEMPF Ivan (Chirurgie orthopédique) / 01.09.97
KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95
KIRN André (Virologie) / 01.09.99
KREMER Michel (Parasitologie) / 01.05.98
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08
KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07
KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) /01.09.2011
LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
MEYER Pierre (Biostatistiques, Informatique méd.) / 01.09.10
MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.2011
MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.2009
OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.2011
REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
ROEGEL Emile (Pneumologie) / 01.04.90
RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
STOLL Claude (Génétique) / 01.09.2009
STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
STORCK Daniel (Médecine Interne) / 01.09.03
TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique / 24.03.08
VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) /01.09.11
WIHLM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
WITZ JEAN-Paul (Chirurgie thoracique) / 01.10.90

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67
HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :
- NHC : ***Nouvel Hôpital Civil*** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08
- HC : ***Hôpital Civil*** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68
- HP : ***Hôpital de Hautepierre*** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00
- ***Hôpital de La Robertsau*** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11
- ***Hôpital de l'Elsau*** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00
C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00
E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25
Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss" - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24
IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

---

RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

LA FACULTÉ A ARRETÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ETRE CONSIDERÉES COMME PROPRES A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Etre suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis restée fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier Monsieur le Professeur Gilles Bertschy de m'avoir fait l'honneur de présider mon jury de thèse, de sa bienveillance et de ses enseignements au cours de mes années études à la Faculté de médecine de Strasbourg.

Je remercie Madame le Professeurs Carmen Schröder et Monsieur le Professeur Pierre Vidailhet d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse, de leurs disponibilités et de leurs enseignements au cours de mon cursus de médecine.

J'adresse mes remerciements les plus sincères à Monsieur le Docteur Jean-Christophe Coujitou, chef du pôle 67P16 qui a accepté la direction de ma thèse. Je le remercie de ses précieux conseils, de sa cordialité, de son partage d'expérience clinique et de la confiance qu'il m'a accordée lors de l'élaboration et la mise en œuvre de ce projet avec les professionnels du pôle.

J'adresse également mes vifs remerciements aux autres professionnels du pôle 67P16 avec lesquels nous avons élaboré et mis en œuvre ce projet : Madame Ingrid Ullmann, cadre supérieure de santé, Monsieur le Docteur Thierry Royer psychiatre et addictologue responsable du CSAPA et Madame le Docteur Agnieszka Kolodziejczyk, psychiatre responsable de l'hébergement thérapeutique. Je les remercie pour leur leurs disponibilités, leurs remarques constructives et le soutien sans faille qu'ils m'ont apporté.

Je remercie Monsieur le Docteur Michel Le Gal d'avoir eu la gentillesse de nous prêter les cassettes VHS de cas cliniques qui ont illustré nos interventions et ont permis à nos partenaires d'appréhender plus aisément la séméiologie psychiatrique.

Je remercie mes collègues internes en psychiatrie ayant officié au pôle 67P16 durant cette année universitaire : Madame Pauline Jumeau et Monsieur Jeremy Herzog, pour leur soutien et leurs interventions lors des deux premières sessions de formation.

Je remercie la direction de l'Etablissement Public de Santé Alsace Nord : Monsieur Daniel Karol, directeur de l'établissement, et les directeurs adjoints : Madame Laure Bonnet, Madame Simone Daumont, Monsieur Jean-Marc Dosser, Monsieur René Nething et Monsieur Yannick Fogel pour nous avoir soutenu lors de la réalisation de ce projet. Je tiens particulièrement à remercier Madame Claire Charmet, directrice adjointe à l'EPSAN au moment de l'élaboration du programme pour sa contribution au projet, ses conseils avisés et son soutien.

Je remercie Monsieur Jean-Claude Bayle, cadre supérieur de santé à l'EPSAN responsable de la formation pour son soutien logistique ayant permis un bon déroulement de la formation lors des deux premières sessions.

Je remercie la direction de la Maison d'arrêt de Strasbourg : Madame Cathy Christophe, directrice de la maison d'arrêt, et les directrices adjointes, Madame Sylvie Paul, Madame

Caroline Zengerle et Madame Abomo Jeanne-Judtih, pour l'accueil ouvert et gratifiant qu'elles ont réservé à ce projet de sensibilisation.

Je remercie la DISP, Direction Interrégionale des Services Pénitentiaires, et en particulier Madame Marie-Agnès Ley, chef de l'unité du recrutement, de la formation, et des qualifications pour l'intérêt et l'aide qu'elle a apporté au déploiement du projet.

Merci aux professionnels de la Maison d'arrêt de Strasbourg pour l'intérêt qu'ils ont porté à notre formation lors des deux premières sessions.

Merci à toute l'équipe du pôle 67G01, que je quitte avec tristesse, et à l'équipe du pôle 67P16, que je vais réintégrer avec plaisir, pour leurs encouragements.

Je tiens également à remercier mes maîtres de stage de l'EPSAN, des HUS et du Centre Hospitalier de Mulhouse pour leur accueil chaleureux et les expériences cliniques qu'ils m'ont fait partager.

Merci à mes camarades d'internat.

Enfin, merci à mes parents Christiane et Jean-Marie et à mon frère Julien d'avoir été à mes côtés durant tout mon cursus et de m'avoir apporté leur soutien inconditionnel.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION……30

I) ENJEUX……33

A) INSTITITUTIONS PSYCHIATRIQUE ET CARCERALE : UNE LONGUE HISTOIRE ENTRE FUSION ET INDEPENDANCE……33

1) Quelques dates clés : du « Grand Renfermement » à la Loi du 18 janvier 1994……33

a) 1656 : création de l'Hôpital Général : le « Grand Renfermement »……33

b) 1793 : libération des « fous » enchaînés à Bicêtre……35

c) 1808 : naissance du mot « Psychiatrie » en Allemagne……36

d) 1810 : article 64 du Code Pénal : officialisation du concept d'irresponsabilité pénale……36

e) 30 juin 1838 : loi sur les aliénés……37

f) 1844 : constatations de Jules Baillarger……37

g) 5 décembre 1905 : circulaire de Chaumié : notion de responsabilité atténuée……37

h) 1906 : création du premier laboratoire d'anthropologie criminelle en Belgique……38

i) 1939-1945 : « Le sort des malades mentaux pendant la Seconde Guerre Mondiale »……38

j) 1945 : charte de la réforme définie par Paul Amor……39

k) 1958 : le Code Pénal officialise les consultations psychiatriques dans les maisons d'arrêt……39

l) 30 septembre 1967 : création des CMPR……40

m) 28 mars 1977 : circulaire interministérielle Santé-Justice……41

n) 31 décembre 1985 : création des SMPR……41

o) 1992 : évolution de la loi relative à l'irresponsabilité pénale de 1810 avec l'article 122-1 du nouveau Code Pénal……42

p) 18 janvier 1994 : Loi n°94-43 du 18 janvier 1994……42

2) En quoi la loi du 18 janvier 1994 marque-t-elle un tournant dans l'Histoire de la psychiatrie en milieu carcéral ?.....44

B) TROUBLES PSYCHIQUES EN PRISON : GENERALITES……45

1) Quelques chiffres……45

2) Pourquoi la prévalence des troubles psychiques est-elle plus importante en prison qu'en milieu libre ? ……49

C) REFLEXION : EXISTE-T-IL UNE SEMEIOLOGIE PSYCHIATRIQUE PROPRE AU MILIEU PENITENTIAIRE ? ……52

1) Préambule : deux approches méthodologiques permettant d'appréhender la clinique psychiatrique en milieu carcéral……53

a) L'approche épidémiologique environnementale……53

b) Le modèle des événements de vie……54

2) Focus sur le choc carcéral……55

3) La prison comme théâtre de la reviviscence de scènes traumatiques…….56

4) L'importance de situer le patient dans son contexte carcéral pour l'interprétation de certains signes cliniques et pour la réalisation d'un diagnostic différentiel……58

a) Vécu persécutif versus idées délirantes de persécution……58

b) Signes cliniques adaptés au vu du contexte carcéral mais faisant évoquer un syndrome dépressif en milieu libre……59

c) Le corps comme support d'expression : automutilations, grèves de la faim……60

5) La problématique de la simulation et des passages à l'acte à des fins utilitaires……61

6) La suicidalité en milieu pénitentiaire……62

7) La surreprésentation des patients traumatisés crâniens en milieu carcéral……63

8) La schizophrénie derrière le masque de la psychopathie……..65

9) Aparté sur le psychose carcérale……65

10) Liens entre environnement carcéral et syndromes psychiatriques au sens large……66

D) FONCTIONNEMENT DE LA PSYCHIATRIE EN MILIEU CARCERAL : EXEMPLE DU POLE 67P16 DE L'EPSAN……67

1) Brève présentation de la Maison d'Arrêt de Strasbourg……67

2) Les deux principes directeurs prédisposant à l'organisation des soins psychiatriques et addictologiques en milieu pénitentiaire……70

3) Un pôle se composant de deux unités fonctionnelles……70

4) Composition et missions de l'équipe pluriprofessionnelle du Pôle 67P16……72

a) Composition de l'équipe du SMPR……72

b) Composition de l'équipe du CSAPA……73

c) Missions de l'équipe pluriprofessionnelle……73

5) Comment les patients arrivent-ils au Pôle 67P16 ?.....75

6) Focus sur l'hébergement thérapeutique……..75

7) Et si le patient nécessite une hospitalisation en établissement psychiatrique à temps complet ?.....77

a) Prise en charge en hôpital de proximité……78

b) Le concept d'Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA) ……78

8) Qui sont les partenaires du Pôle 67P16 à la maison d'arrêt et en dehors et en quoi consiste ce partenariat ? ……80

a) Nos partenaires à la maison d'arrêt et en dehors……80

b) En quoi consiste ce partenariat ?.....81

E) QUE PENSENT LES CHEFS DE SERVICE DES AUTRES SMPR DE France DE LA SENSIBILISATION A LA CLINIQUE PSYCHIATRIQUE DE NOS PARTENAIRES INSTITITIONNELS ?.....83

1) Questionnaire proposé……84

2) Réponses……85

3) Trouver le juste milieu entre concertation et collusion……91

II) ELABORATION DU PROGRAMME……94

A) OBJECTIF……94

B) PROJET PEDAGOGIQUE……95

C) PUBLICS……96

D) UN ENSEIGNEMENT OBLIGATOIRE : POURQUOI ?……97

E) CONVENTIONS BI PARTITES……98

F) FINANCEMENT……98

G) INTERVENANTS……99

H) SESSIONS D'ENSEIGNEMENT : DUREE, POSITIONNEMENT CALENDAIRE, FREQUENCE ET NOMBRE DE PARTICIPANTS……100

1) Durée……100

2) Positionnement calendaire……100

3) Fréquence……100

4) Nombre de participants par session……100

I) LIEU DES SESSIONS D'ENSEIGNEMENT : LE SITE DE BRUMATH DE L'EPSAN……101

J) VISITE GUIDEE ET COMMENTEE D'UNE UNITE FERNEE ET D'UNE CHAMBRE DE SOINS INTENSIFS……101

K) UTILISATION DE SUPPORTS VIDEOS POUR PERMETTRE AU PUBLC DE MIEUX APPREHENDER LA CLINIQUE PSYCHIATRIQUE……102

L) PROGRAMME……103

1) Module d'enseignement général……103

a) Première partie du module d'enseignement général (une demi-journée de 4h) : Sensibilisation à la psychiatrie de service public et focus sur sa pratique au sein du pôle 67P16 à la Maison d'arrêt de Strasbourg……103

b) Deuxième partie du module d'enseignement général (Durée : 10 heures s'étalant sur 3 demi-journées) : Initiation à la clinique psychiatrique : acquisition de connaissances théoriques et pratiques appliquées au milieu carcéral……105

2) Module d'enseignement spécifique (1 heure) ……108

M) FOCUS SUR LES THEMATIQUES CHOISIES……109

1) Sensibilisation à la psychiatrie de service public et focus sur sa pratique par le pôle 67P16 à la Maison d'arrêt de Strasbourg……..110

2) Initiation à la clinique psychiatrique : acquisition de connaissances théoriques et pratiques appliquées au milieu pénitentiaire……..111

a) En prérequis : les notions d'empathie et de distance thérapeutique….112

b) Check List de la psychiatrie en milieu pénitentiaire……113

c) Troubles du comportement : généralités……..114

d) Abord psychiatrique d'une conduite à tenir en cas d'agitation……115

e) Troubles anxieux et syndrome dépressif……..115

f) Les troubles bipolaires……116

g) L'évaluation du risque suicidaire……117

h) Troubles organiques d'allure psychiatrique……120

i) Troubles de la personnalité……121

j) Troubles psychotiques……121

k) Notions d'addictologie……123

l) Troubles des conduites instinctuelles……123

m) Le processus adolescence/puberté……124

n) Proposition de rénovation du formulaire de signalement……125

N) SUPPORTS PEDAGOGIQUES MIS A DISPOSITION DU PUBLIC……129

O) EVALUATIONS……130

1) Estimation des besoins avant le début de la formation par un questionnaire d'entrée (vrai or faux et questions rédactionnelles)…..130

2) Estimation de l'efficacité de la formation par ce même questionnaire en fin de session avec correction collective……..135

3) Evaluation par les participants de la formation via un questionnaire de satisfaction et échange oral en fin de session……136

P) NUMERO D'AGREMENT DE L'EPSAN……137

Q) JOURNAL DE BORD……137

R) CALENDRIER DES SESSIONS……140

III) MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME LORS DES DEUX PREMIERES SESSIONS DE MARS ET JUIN 2018……141

A) PUBLICS……141

B) SYNTHESE : QUESTION ET REACTIONS DES PARTICIPANTS AU COURS DES DEUX SESSIONS……142

IV) EVALUATION DU PROGRAMME……148

A) EVALUATION PEDAGOGIQUE DU PROGRAMME……148

1) Confrontation des résultats du questionnaire d'entrée à ceux du questionnaire de fin de session- Session des 26 et 27 mats 2018……149

a) Evaluation globale des acquis……149

b) Evaluation des acquis par thématiques……151

2) Confrontation des résultats du questionnaire d'entrée à ceux du questionnaire de fin de session- Session des 25 et 26 juin 2018……156

a) Evaluation globale des acquis……157

b) Evaluation des acquis par thématiques……159

3) Comparaison et synthèse des résultats obtenus dans les deux groupes……163

B) EVALUATION DE LA FORMATION PAR LES PARTICIPANTS……164

1) Réponses du public de la première session au questionnaire de satisfaction……164

a) Satisfaction globale……165

b) Evaluation du contenu du programme……166

c) Appréciation de l'approche pédagogique……167

2) Réponses du public de la deuxième session au questionnaire de satisfaction……

a) Satisfaction globale……168

b) Evaluation du contenu du programme……169

c) Appréciation de l'approche pédagogique……170

3) Synthèse……170

V) PERSPECTIVES D'EVOLUTION DU PROJET……171

CONCLUSIONS……173

- **Figures :**

Figure 1. Principaux interlocuteurs de la psychiatrie en milieu carcéral et pourcentage de répondeurs les considérant comme des partenaires……86

Figure 2. Détail des coûts de la formation……99

Figure3. Confrontation des notes du public avant et après la session d'enseignement (mars 2018)……..150

Figure 4. Coefficients d'hétérogénéité avant et après la session de mars 2018……151

Figure 5. Confrontation des notes du public avant et après la session d'enseignement (juin 2018)……157

Figure 6. Coefficients d'hétérogénéité avant et après la session de juin 2018……158

Figure 7. Satisfaction globale. Session de mars 2018……165

Figure 8. Evaluation du contenu de l formation. Session de mars 2018……166

Figure 9. Appréciation de l'approche pédagogique de la formation. Session de mars 2018……167

Figure 10. Satisfaction globale. Session de juin 2018……168

Figure 11. Evaluation du contenu de la formation. Session de juin 2018……169

Figure 12. Appréciation de l'approche pédagogique de la formation. Session de juin 2018……170

- **Documents annexés :**

ANNEXE 1 : « Liste des SMPR de France »……177

ANNEXE 2 : « Secret professionnel : Engagement sur l'honneur »……178

ANNEXE 3 : « *Check List* de la psychiatrie en milieu pénitentiaire »……179

ANNEXE 4 : « Exemple de diaporama de cours : *Les conduites suicidaires* »…….181

BIBLIOGRAPHIE……195

INTRODUCTION

En 1844, le psychiatre français Jules Baillarger constatait une surreprésentation des troubles psychiatriques au sein de la population incarcérée [1]. Cette constatation est toujours d'actualité. Une personne incarcérée sur sept souffrirait à ce jour d'une maladie mentale [2]. Les besoins considérables de cette population en matière de santé mentale doivent être satisfaits à hauteur de ce qu'ils le sont pour la population générale. C'est ce que stipule la loi du 18 janvier 1994 relative à l'organisation des soins en milieu pénitentiaire et à la protection sociale des détenus [3]. Si les institutions psychiatrique et carcérale ont des missions différentes, elles partagent toutefois la responsabilité de tout mettre en œuvre pour que cette loi de 1994 soit honorée.

Le pôle 67P16 de l'Etablissement Public de Santé Alsace Nord (EPSAN), réunissant au sein de la Maison d'Arrêt de Strasbourg le Service Médico-Psychologique Régional (SMPR) et le Centre de Soins d'Accompagnement et de Prevention en Addictologie (CSAPA), prodigue les soins aux détenus sous la forme de prises en charge ambulatoires et en hébergement thérapeutique. Cette pratique se complète d'une activité de liaison à l'occasion de laquelle les professionnels du pôle côtoient l'encadrement pénitentiaire (direction, officiers gradés, surveillants et conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation). Si, en tant que professionnels de santé mentale, nous ne voyons les patients séjournant en détention qu'à l'occasion de consultations ambulatoires et d'activités socio thérapeutiques, les professionnels situés dans leur environnement immédiat, en particulier les surveillants, ont l'avantage de la proximité. Leurs observations nous sont d'une aide précieuse pour évaluer les besoins en santé mentale des personnes écrouées. Ces partenaires constituent donc le premier maillon de la chaîne menant les détenus vers le soin. De par leur métier les amenant à côtoyer quotidiennement des personnes atteintes de troubles psychiques, ces professionnels ont, pour la plupart, acquis un certain savoir empirique. Cependant, leur

difficulté à formaliser ce savoir les met parfois en position délicate dans leur rôle d'intermédiaire entre les détenus et les professionnels de santé mentale. Tenter d'entrer en communication avec des personnes atteintes de troubles psychiques sans un certain bagage théorique peut s'avérer un exercice hasardeux. Par ailleurs, si les personnes détenues présentant des symptômes positifs ou spectaculaires sont rapidement repérées et signalées par nos partenaires, ce n'est pas le cas de celles qui évoluent sur un mode déficitaire ou de repli sur soi. Le retrait constitue un frein à l'accès aux soins si les détenus concernés n'ont pas été suivis avant l'incarcération ou s'ils ne sont pas déjà suivis par l'équipe psychiatrique au sein de la prison.

Pour lever ces obstacles, nous avons élaboré et mis en œuvre un programme de sensibilisation à la séméiologie psychiatrique à destination de nos partenaires institutionnels afin de les aider à développer leurs capacités de repérage, d'empathie et de rassurance sans pour autant qu'ils ne se substituent aux professionnels de santé mentale. L'objectif est, via ce programme, d'améliorer la prise en charge psychiatrique de la population incarcérée.

Le pôle 67P16 de l'Etablissement Public de Santé Alsace Nord propose ainsi un programme évolutif et adapté au public concerné. Cette formation vise en priorité l'encadrement pénitentiaire, mais nous la proposons à l'ensemble de nos partenaires institutionnels : magistrats, éducateurs de la Protection Judiciaire de la Jeunesse, enseignants, binômes de soutien (mission de lutte contre la radicalisation violente), équipe de soins somatiques, structures médico-sociales et secteur associatif en lien avec l'institution pénitentiaire. Des groupes de quinze à vingt personnes sont formés chaque trimestre lors de sessions de deux jours se tenant à l'EPSAN sur le site de Brumath.

Dans un premier temps, nous nous questionnerons sur les enjeux d'un tel programme en nous référant à notre expérience professionnelle au sein du pôle 67P16 et aux éléments apportés par la littérature sur la psychiatrie en milieu pénitentiaire. Nous relaterons ensuite l'élaboration de ce

programme, sa mise en œuvre et son déploiement lors des deux premières sessions de mars et juin 2018. Enfin, nous réfléchirons aux perspectives d'évolution de ce projet.

I) ENJEUX

A) INSTITUTIONS PSYCHIATRIQUE ET CARCERALE : UNE LONGUE HISTOIRE ENTRE FUSION ET INDEPENDANCE

Si la Psychiatrie ne devient réellement une spécialité médicale à part entière qu'au début du XIXème Siècle [4], Claude Quétel rappelle dans son ouvrage *Histoire de la Folie de l'Antiquité à nos jours*, qu'« on a toujours soigné les fous ». Dans l'Antiquité, la folie, est considérée comme l'expression d'un châtiment d'origine divine. Toutefois, la vocation de la soigner existe déjà soit en menant le malade vers un temple, soit un peu plus tard via des médications préconisées par Hippocrate [5]. Déjà à l'époque se posent les questions de la dangerosité des « fous », de leur responsabilité quant à leurs actes et de leur enfermement.

Ainsi, psychiatrie et enfermement ont toujours été plus ou moins étroitement liés. Dans ce chapitre, nous nous intéresserons à l'évolution de la place du malade mental au sein de la société française et au sein de ses prisons de la période que Michel Foucault nomme le « Grand Renfermement » à nos jours.

1) Quelques dates clés : du « Grand Renfermement » à la Loi du 18 janvier 1994

a) 1656 : création de l'Hôpital Général : le « Grand Renfermement »

Avant la Révolution, les « fous », aussi appelés « insensés » sont accueillis en France dans trois types d'établissements [1] :

- Les maisons de force : à visée correctionnaire, dans lesquelles ils entrent sur lettre de cachet (souvent à la demande des familles devenues intolérantes face aux proches souffrant de folie). 20% de la totalité des correctionnaires sont des « fous » cohabitant avec les délinquants [6].
- Les dépôts de mendicité : visant à accueillir tous les indigents (vagabonds, mendiants). Là encore, seulement 20% des pensionnaires sont des « insensés ».
- Les hôpitaux généraux comme la Salpêtrière et Bicêtre [7]. Les « fous » ne représenteraient alors que 5 à 10% de la population admise à la Salpêtrière et à Bicêtre. Dans les hôpitaux généraux de Province, la prévalence des « insensés » serait même inférieure à 5% [6].

L'Hôpital général est créé par Louis XIV en 1656 via un décret [1]. Cette structure accueille une population très hétérogène et n'a d'hôpital que l'appellation (en regard des standards contemporains qui définissent un hôpital). Officiellement, cette institution a une vocation caritative, à savoir recueillir les pauvres (vagabonds et mendiants). En réalité, selon des historiens de la psychiatrie tels que Michel Foucault, l'objectif est avant tout d'enfermer les personnes menaçant l'ordre public (dont les vagabonds et les mendiants font partie) dans un but correctionnaire [6]. Il s'agit de les « redresser » et de les former à un travail. L'Hôpital général accueille également les vénériens et, comme nous l'avons évoqué précédemment, les « insensés ». Très vite, des prisons dans les murs de Bicêtre accueillent des prisonniers pour des motifs autres que la mendicité et le vagabondage. Ils sont « condamnés par sentence de police, par jugement de la Prévôté mais aussi par lettre de

cachet c'est-à-dire sur ordre du Roi et sans jugement ». L'Hôpital général s'apparente ainsi plus à « une œuvre de police et fonctionne comme un lieu d'incarcération » [7]. Cet « Hôpital » n'a donc aucune vocation médicale au sens moderne du terme. Michel David, président de l'Association des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire, souligne qu'« il ne s'agit pas d'une tentative élective de séparer les fous et les non-fous, mais de contrôler toute la foule des vagabonds et des pauvres hères quel que soit leur état mental » [6].

Ainsi, l'Hôpital général entérine « une confusion totale entre les fous et les criminels » [1] et c'est à juste titre que Michel Foucault considère sa création comme le début du « Grand Renfermement ». Dans son ouvrage *Folie et déraison : histoire de la folie à l'âge classique*, il affirme que « dans son fonctionnement, ou dans son propos, l'Hôpital général ne s'apparente à aucune idée médicale. Il est une instance de l'ordre, de l'ordre monarchique et des bourgeois qui s'organise en France à cette même époque » [8].

b) 1793 : libération des « fous » enchaînés à Bicêtre

Au milieu du XVIIIe Siècle, « l'Hôpital général est dénoncé pour ses conditions de vie difficiles et pour sa tradition répressive ». A Bicêtre à cette époque, les « fous » tout comme les détenus sont enchaînés [7].

Dans son ouvrage *Histoire de la psychiatrie*, Jacques Hochmann revient sur la libération des « fous » enchaînés à Bicêtre. En 1793, Philippe Pinel, médecin à Bicêtre, rencontre Jean-Baptiste Pussin, surveillant de la loge des aliénés enchaînés. Ce dernier est lui-même un ancien pensionnaire de l'établissement et « a développé les principes d'une approche à la

fois humaine et ferme, dont Pinel s'inspire pour théoriser son traitement moral ». Si l'iconographie psychiatrique associe Pinel au geste symbolique de la libération des « fous » enchaînés, ce serait en réalité Pussin qui, après le départ de Pinel aurait atténué l'usage de la contention. Ce geste inspire néanmoins fortement Pinel qui « réclame une place de plein droit de l'aliénation dans la médecine ». Pour autant, cette « nouvelle médecine spéciale » est « la première spécialité médicale à s'autonomiser » puisqu'il préconise alors « la mise en place d'un espace où la folie peut se déployer pour être observée, avant d'être maîtrisée rationnellement ». C'est sur ces fondations ambigües que se construira l'Asile [4].

Bicêtre se médicalise alors peu à peu, mais cet établissement conservera toutefois sa vocation carcérale jusqu'en 1836 [7].

c) 1808 : naissance du mot « Psychiatrie » en Allemagne

On doit le terme « Psychiatrie » au médecin allemand Johann Christian Reil [4].

Ainsi, en 1808, la « médecine de l'esprit » selon son étymologie grecque devient une spécialité médicale à part entière.

d) 1810 : article 64 du Code Pénal : officialisation du concept d'irresponsabilité pénale

Même si la question de la responsabilité des « fous » quant à leurs actes se pose depuis l'Antiquité, le concept d'irresponsabilité pénale n'apparait officiellement qu'au XIXe Siècle avec l'article 64 du premier Code pénal de 1810 : « Il n'y a ni crime ni délit, lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action ». Le mot « démence » est à

comprendre ici au sens large : un trouble mental n'étant pas à comprendre comme un syndrome détérioratif tel qu'on l'interprèterait aujourd'hui [9].

e) 30 juin 1838 : loi sur les aliénés

L'article 64 du Code Pénal inspire « la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés qui demande que les aliénés soient placés dans les asiles » [10].

Cette loi crée officiellement l'institution asilaire. L'aliénisme devient une discipline qui, comme le soulignent les psychiatres Faustine Denis et Marc Grohens, donne « pour la première fois dans l'Histoire, une place aux malades mentaux, une place propre et spécifique » [1].

f) 1844 : constatation de Jules Baillarger

Le psychiatre français Jules Baillarger (1809-1890) constate parmi les personnes incarcérées une fréquence accrue de la maladie mentale. Cette constatation introduit la notion d'expertise en se fondant sur l'article 64 du Code Pénal de 1810. La médecine se mêle à la Justice et les psychiatres deviennent à la fois thérapeutes et experts [1].

g) 5 décembre 1905 : circulaire de Chaumié : notion de responsabilité atténuée

Le 5 décembre 1905, une circulaire du Garde des Sceaux adressée aux parquets généraux introduit la notion de responsabilité atténuée. Quand une personne délinquante ou criminelle atteinte de trouble psychiatrique est, suite à l'expertise psychiatrique, reconnue responsable pénalement de ses actes, sa peine peut néanmoins être atténuée du fait du trouble mental [11].

h) 1906 : création du premier laboratoire d'anthropologie criminelle en Belgique

En créant un laboratoire d'anthropologie criminelle, Louis Vervaeck, médecin anthropologue, cherche à établir des liens entre criminalité et psychiatrie.

Un mouvement de « défense sociale » s'interrogeant sur « la genèse de la criminalité » nait alors en Europe. Comme l'expliquent Faustine Denis et Marc Grohens, il s'agit de « faire un tri au sein des prisons » afin de n'y garder que les criminels et délinquants ne souffrant pas de troubles psychiatriques [1]. Dans ce contexte, la psychiatrie fait son entrée dans les prisons françaises dans les années 1930. Comme l'explique l'historien Marc Renneville, à cette époque la psychiatrie au sein des prisons a des missions de « diagnostic, d'orientation et d'observation » [11]. Le but est avant tout de dépister pour trier, puis orienter vers les hôpitaux psychiatriques les détenus touchés par la maladie mentale.

Cette campagne de dépistage sera brutalement interrompue par la Seconde Guerre Mondiale.

i) 1939-1945 : « Le sort de malades mentaux pendant la Seconde Guerre Mondiale » **[5]**

Pendant l'occupation, sous le régime de Vichy, environ 45000 malades mentaux sont morts de dénutrition dans les hôpitaux psychiatriques français. Le 10 décembre 2016, à l'occasion de la journée internationale des droits de l'Homme, un hommage leur a été rendu place du Trocadéro par le Président François Hollande [12].

Pendant que les patients meurent de faim dans les hôpitaux psychiatriques français, Hitler met en œuvre l'eugénisme dans l'Allemagne nazie. A l'automne 1939 débute le

« programme T4 ». On demande aux asiles allemands et autrichiens de signaler tous les malades atteints de troubles psychiatriques ou neurologiques incurables. « Six centres de mise à mort sont aménagés, avec une chambre à gaz camouflée en douche et des fours crématoires » [5]. On estime à plus de 300 000 le nombre de victimes du programme T4 [13].

j) 1945 : charte de la réforme pénitentiaire définie par Paul Amor

Après la seconde guerre mondiale, le concept de psychiatrie en prison réapparaît avec la charte de la réforme pénitentiaire définie en 1945 par Paul Amor, magistrat et premier directeur de l'Administration Pénitentiaire française. Elle préconise la mise en place d'un service médico-psychologique et social au sein de chaque établissement pénitentiaire [1].

k) 1958 : le code pénal officialise les consultations psychiatriques dans les maisons d'arrêt.

Cette année-là, les consultations d'hygiène mentale et de psychiatrie dans les maisons d'arrêt sont pour la première fois officialisées par l'article D395 du nouveau code de Procédure pénale de 1958 [14]. Malheureusement, comme l'expliquent Faustine Denis et Marc Grohens, « les recommandations quant à leur mise en œuvre restent très limitées. Des psychiatres et des infirmiers sont recrutés à la vacation » [1].

Néanmoins, comme le précisent les psychiatres Cyril Manzanera et Jean-Louis Senon, d'autres articles relatifs à la santé mentale en milieu carcéral apparaissent dans ce nouveau Code de Procédure pénale :

« - article D396 : les détenus peuvent, sur leur consentement écrit et après l'avis conforme du médecin, être soumis à une cure de désintoxication alcoolique avant leur libération ;

-article D397 : des services psychiatriques sont organisés dans certains établissements pénitentiaires sous l'autorité médicale d'un psychiatre désigné par le ministre de la Justice, sur proposition du directeur régional et après l'avis du préfet. Les détenus écroués dans lesdits établissements sont soumis à un examen mental et, s'il y a lieu, placés en observation au service psychiatrique ;

-article D398 : prévoit que « les détenus en état d'aliénation mentale ne peuvent être maintenus dans un établissement pénitentiaire. Sur la proposition du médecin de la prison et conformément à la législation générale en la matière, il appartient au préfet de faire procéder à leur internement. Cet internement doit être effectué d'urgence s'il s'agit d'individus dangereux pour eux-mêmes ou pour autrui… » » [14].

I) 30 septembre 1967 : création des CMPR

Les Centres médico-psychologiques régionaux (CMPR) sont créés en 1967 par voie de circulaire. Le terme *« CMPR »* remplace celui *« d'annexes psychiatriques ».* Cependant, le fonctionnement de ces centres se retrouve parfois entravé par le fait que les psychiatres soient placés sous la responsabilité du ministère de la Justice [1]. Néanmoins, les missions qui leur sont assignées ne sont plus limitées au dépistage.

Officiellement, les professionnels de santé mentale ont désormais également et en priorité une mission thérapeutique [6].

m) 28 mars 1977 : circulaire interministérielle Santé-Justice

Il faut attendre la circulaire interministérielle Santé-Justice du 28 mars 1977 pour que soient mis en place officiellement des CMPR sur le modèle du secteur psychiatrique et qu'ils émargent au budget de l'hygiène mentale du département [15]. Bien qu'ils soient encore sous la tutelle du ministère de la Justice, les professionnels de santé mentale jouissent cependant dans les faits d'une indépendance sur le plan technique.

En 1984, les médecins inspecteurs départementaux de la santé se voient confiés la gestion et le contrôle sanitaire des établissements carcéraux ce qui « constitue un pas de plus vers l'indépendance santé justice » [1].

n) 31 décembre 1985 : création des SMPR

La loi du 31 décembre 1985 [16] crée les Services Médico-Psychologiques Régionaux. Le décret d'application suivra en date du 14 mars 1986 [17, 1].

Les SMPR remplacent donc les CMPR et constituent, après la psychiatrie générale et la psychiatrie infanto-juvénile le troisième type de secteur en Psychiatrie [14].

Les missions des SMPR sont définies par l'arrêté du 14 décembre 1986 :

« -dépistage des troubles psychologiques et psychiatriques et mise en œuvre des traitements psychiatriques ;

-suivi psychiatrique et psychologique de la population postpénale ;

-lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie ;

-coordination des soins vis-à-vis des établissements pénitentiaires qui leur sont rattachés. » [14].

o) 1992 : évolution de la loi relative à l'irresponsabilité pénale de 1810 avec l'article 122-1 du nouveau Code pénal

Dans ce contexte d'évolution du dispositif de santé mentale en milieu carcéral, la loi relative à l'irresponsabilité pénale est redéfinie en 1992 par l'article 122-1 du Code pénal [18].

Le premier alinéa concernant la notion d'irresponsabilité pénale stipule que « n'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes ». Il s'agit ici de trouble mental au sens large (origine psychiatrique, organique, congénitale ou toxique). Toutes les conditions définies dans cet alinéa doivent être réunies pour que le sujet puisse être reconnu irresponsable pénalement. En cas d'altération (et non abolition) de son discernement ou entrave (et non abolition) du contrôle de ses actes, le sujet remplit les conditions définies par le deuxième alinéa concernant la notion de responsabilité atténuée [9].

p) 18 janvier 1994 : Loi n°94-43 du 18 janvier 1994.

En 1992, le Haut Comité de la Santé Publique établit le rapport Chodorge constatant que l'Administration pénitentiaire est dépassée par les besoins considérables de la population pénale en matière de santé. L'administration pénitentiaire n'est plus en mesure de mener une politique de santé adaptée aux besoins des personnes détenues, dont beaucoup souffrent de maladies somatiques liées à la précarité sociale, hépatites, VIH, tuberculose, et/ou de troubles psychiatriques. Le Haut Comité de la Santé Publique propose alors que la réalisation des soins dans les établissements pénitentiaires relève du ministère de la Santé et que les détenus puissent bénéficier d'une assurance maladie. Il pose ainsi les bases qui aboutiront à la loi du 18 janvier 1994 relative à l'organisation des soins en milieu pénitentiaire et à la protection sociale des détenus, évoquée dans notre introduction et toujours en vigueur à ce jour [14].

A partir du 18 janvier 1994, le dispositif de soins en milieu carcéral, qui était jusqu'alors placé sous l'autorité du ministère de la Justice, dépend de l'autorité sanitaire. Ce transfert de tutelle du ministère de la Justice au ministère de la Santé concerne aussi bien les soins psychiatriques que somatiques.

Le équipes de soins sont ainsi rattachées à un centre hospitalier et leur recrutement dépend du ministère de la Santé.

Les soins psychiatriques sont dispensés par les SMPR dans les établissements pénitentiaires qui en sont dotés ou par la psychiatrie de secteur (en fonction du budget) dans ceux qui n'en sont pas pourvus. En ce qui concerne les soins somatiques, cette loi donne aussi naissance aux Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA) [1].

2) En quoi la loi du 18 janvier 1994 marque-t-elle un tournant dans l'Histoire de la Psychiatrie en milieu carcéral ?

Les psychiatres Cyril Manzanera et Jean-Louis Senon qualifient cette loi de « révolution pour la santé en prison » [14]. Faustine Denis et Marc Grohens, quant à eux, soulignent que « la loi du 18 janvier 1994 a impulsé une nouvelle culture de partenariat et de respect entre équipes pénitentiaires et sanitaire » [1].

Depuis cette date, on ne parle plus de « psychiatrie pénitentiaire » mais de « psychiatrie en milieu pénitentiaire ». Cette petite nuance de vocabulaire peut sembler anodine mais traduit un profond changement. Si les locaux des SMPR appartiennent à l'institution carcérale, son fonctionnement appartient à l'institution psychiatrique. Ainsi, le pôle 67P16 de la Maison d'arrêt de Strasbourg est rattaché à l'Etablissement Public de Santé Alsace Nord dont il constitue l'un des pôles, et ce au même titre que les autres pôles de psychiatrie de droit commun.

Dans ce contexte de remplacement de la tutelle judiciaire par la tutelle sanitaire, les Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA) sont instaurées quelques années plus tard suite à la loi d'orientation et de programmation pour la santé de 2002 [19]. Ces unités, dont nous développerons ultérieurement le fonctionnement, sont créées afin qu'en matière d'hospitalisation, l'offre de soins psychiatriques proposée aux personnes détenues soit de qualité équivalente à celle proposée aux patients en milieu libre.

Ce bref aperçu historique permet de constater que, progressivement, les missions de la psychiatrie en prison ont évolué passant du dépistage à visée sécuritaire au soin. Si le dépistage fait toujours partie de ses missions, c'est dans le dans un but thérapeutique et non de tri. La psychiatrie en milieu carcéral a une fonction purement soignante et non expertale.

Précisons une nouvelle fois que, en matière de santé, les besoins des personnes détenues doivent être satisfaits à hauteur de ce qu'ils le sont pour la population générale.

Quels sont plus précisément les besoins en santé mentale de la population incarcérée ? Comment expliquer que les constatations de Jules Baillarger soient toujours d'actualité ? C'est là l'objet des développements qui suivent.

B) TROUBLES PSYCHIQUES EN PRISON : GENERALITES

1) Quelques chiffres

Comme nous l'avons évoqué précédemment, en ce qui concerne la santé mentale, la population carcérale n'est pas représentative de la population générale. D'après le psychiatre Pierre Thomas, une personne détenue sur sept serait atteinte d'une maladie mentale [2]. Il souligne également avec Thomas Fovet et Ali Amad, ses confrères du CHRU de Lille, qu'au sein de la population carcérale, les pathologies psychiatriques présenteraient une fréquence 4 à 10 fois supérieure à celle retrouvée en population générale.

Ces auteurs précisent également qu'en 2015, année de parution de leur article, plus de dix millions de personnes étaient incarcérées dans le monde [20].

En matière de prévalence des troubles psychiatriques en prison, la référence au niveau international est la méta-analyse de Senna Fazel et John Danesh. Elle est citée par de nombreux auteurs. Jean-Louis Senon, psychiatre au CHU de Poitiers la résume avec précision dans un article paru en 2004 intitulé *Psychiatrie et prison : toujours dans le champ de l'actualité* [21]. Cette méta-analyse passe en revue 62 études internationales réalisées entre 1996 et 2001 et incluant au total 22 790 détenus (prévenus et condamnés) de 12 pays occidentaux. Les patients concernés sont des hommes dans 81% des cas et ont une moyenne d'âge de 29 ans.

Les résultats sont les suivants [21] :

- Prévalence des troubles psychiques chez les hommes incarcérés :

  -3,7% de psychoses chroniques

  -10% de troubles dépressifs caractérisés

  -65% de troubles personnalité (dont 47% de personnalités antisociales).

- Prévalence des troubles psychiques chez les femmes incarcérées :

  -4% de psychoses chroniques

  -12% de troubles dépressifs

  -42% de troubles de la personnalité (dont 21% de personnalités antisociales)**.**

Toutefois, S.Fazel et J.Danesh constatent une « relative hétérogénéité dans les études cités ; par exemple, pour les psychoses chez les hommes, les chiffres passent de 1% dans l'étude de Davidson à 6% dans celle de Di Cataldo ». D'après J.-L. Senon, les deux chercheurs posent par cette constatation « le problème des moyens alloués au dépistage et au traitement de ces troubles » en milieu carcéral. Néanmoins, en comparaison à la

population générale du même âge dans les pays concernés, cette étude internationale met en évidence 2 à 4 fois plus de psychoses ou d'épisodes dépressifs majeurs et 10 fois plus de troubles de la personnalité de type antisociale au sein de la population incarcérée [21].

En France, l'étude de référence sur la morbidité psychiatrique en établissements pénitentiaires est celle commanditée conjointement par la Direction générale de la Santé et la Direction de l'Administration pénitentiaire et publiée en 2004 par Rouillon et Falissard. Pierre Thomas, Thomas Fovet et Ali Amad en font la synthèse dans leur article *Psychiatrie en milieu pénitentiaire, entre nécessité en ambigüité,* paru en 2015 [2]. D'après cette étude, la prévalence de la plupart des troubles mentaux serait multipliée par un facteur 10 par rapport à celle observée en population générale :

- 17,3% de troubles psychotiques
- 54% de troubles dépressifs
- 4,7 % de troubles bipolaires
- 40% de troubles anxieux
- 20% de névroses traumatiques
- Un taux de dépendance aux substances dépassant les 70% (dont 33% d'alcoolisme et 37% d'addictions diverses)

De surcroît, sur une échelle de sévérité allant de un à sept, 35% des personnes atteintes d'un trouble psychiatrique se situent entre « manifestement malades » et « parmi les plus malades » d'après les enquêteurs. Comme le soulignent les auteurs, cela suggère que l'on peut observer en prison des pathologies chroniques, mais aussi des épisodes aigus de troubles psychiatriques [2].

Ainsi, même si certains chiffres diffèrent quelque peu dans chacune de ces deux études, elles se rejoignent pour constater une prévalence des troubles psychiatriques plus élevée en prison qu'en milieu libre. Cette prévalence peut varier en fonction du type d'établissement pénitentiaire. Elle est plus importante en maison d'arrêt et en maison centrale qu'en centres de détention et de semi-liberté. En effet, les maisons d'arrêt accueillent des personnes condamnées dont la peine ou le reliquat de peine n'excède pas deux ans, et des personnes prévenues (donc en attente de jugement). Ces dernières peuvent, après leur jugement, être transférées en établissement pour peine si leur peine est de plus de deux ans. D'autres seront jugées pénalement irresponsables et transférées en établissements psychiatriques à la demande du représentant de l'Etat. La maison d'arrêt est donc une structure représentant d'une certaine façon la porte d'entrée dans le monde pénitentiaire. Il est par conséquent aisé de comprendre que la prévalence des troubles psychiatriques y soit plus importante qu'en centres de détention ou de semi-liberté (ces derniers étant des établissements pour peine accueillant les personnes présentant les meilleures perspectives de réinsertion sociale). Pour les mêmes raisons, la prévalence est également élevée dans les maisons centrales (établissements pénitentiaires accueillant des personnes détenues condamnées à de longues peines et/ou présentant un risque hétéro-agressif).

Que ce soit en maison d'arrêt ou en établissement pour peine, la prévalence des troubles mentaux, et en particulier des troubles psychotiques, bien qu'elle soit élevée, est fort probablement sous-estimée. Comme nous l'avons évoqué en introduction, les patients présentant des symptômes positifs ou spectaculaires sont pour la plupart repérés et signalés aux services de psychiatrie par l'encadrement pénitentiaire. Ce n'est pas le cas de ceux évoluant sur un mode déficitaire ou de repli sur soi. Leur apragmatisme et la discrétion de leur symptomatologie les rendent peu visibles dans cet univers où le passage à l'acte domine.

Heureusement, certains d'entre eux bénéficient d'un suivi par nos soins mais, malgré la vigilance des professionnels de psychiatrie, d'autres échappent à notre connaissance pour diverses raisons que nous évoquerons au fil de cette thèse.

2) Pourquoi la prévalence des troubles psychiques est-elle plus importante en prison qu'en milieu libre ?

Comme l'expliquent les psychiatres lillois, Pierre Thomas, Thomas Fovet et Ali Amad, « plus de 90% des sujets souffrant de troubles psychiatriques ne commettent jamais d'actes de violence au cours de leur existence » [2]. Ils précisent aussi que « lorsque les sujets souffrant de troubles mentaux sont impliqués dans ce type d'actes, il est clairement établi qu'ils sont bien plus souvent victimes plutôt qu'auteurs » [20].

D'après ces mêmes auteurs, « le nombre absolu d'actes de délinquance commis par des patients souffrant de troubles psychiatriques oscille entre 3 à 5% des affaires. Cependant, les troubles psychiatriques plus sévères tels que la schizophrénie, les troubles délirants, les troubles bipolaires sont des pathologies où le risque d'agressions physiques est quatre fois supérieur à celui de la population générale » [2]. Chez les patients atteints de schizophrénie, les symptômes positifs tels les hallucinations psychomotrices, les idées délirantes de persécution ou le syndrome d'influence majoreraient le risque de passage à l'acte médico-légal. Il en est de même pour « la durée de psychose non traitée » [20]. Concernant les patients atteints de trouble bipolaire, J-L Senon, C. Manzanera et N. Papet précisent que « les passages

à l'acte médico-légaux sont classiquement différents dans la phase maniaque et dans la mélancolie. En phase maniaque, les atteintes aux biens, la prodigalité, comme les achats pathologiques sont la règle. Il peut aussi s'agir d'atteintes contre les personnes et notamment d'agressions sexuelles. Dans la phase mélancolique, l'homicide altruiste ou des homicides-suicides sont classiquement décrits » [22].

Néanmoins, les auteurs lillois cités précédemment rappellent que les liens entre pathologies psychiatriques et actes médicolégaux sont « complexes et multifactoriels ». Ils mettent l'accent sur le poids des facteurs associés tels les comorbidités (notamment addictives), la précarité et l'isolement social dans la majoration du risque de passage à l'acte [2]. L'exclusion sociale accentue la vulnérabilité psychique et expose au risque de marginalisation et de transgression [23]. La grande majorité des personnes détenues sont issues de milieu défavorisés [24]. Les personnes vivant en situation de grande précarité souffrent pour la plupart de carences affectives et éducatives. Ceci explique pourquoi les troubles de la personnalité (et en particulier à expression psychopathique) sont surreprésentés en prison. De surcroit, bon nombre de ces détenus ayant souffert de carences dans leur jeunesse ont été précocement exposés à des évènements psycho-traumatisants (pour rappel : 20% de névroses traumatiques en milieu carcéral selon l'étude de Rouillon et Falissard).

En milieu carcéral, il n'est pas rare de rencontrer des patients présentant la triade : trouble de la personnalité, addictions(s) et trouble(s) psychiatrique(s) à proprement parler.

Si les personnes atteintes de troubles psychiatriques ne commettent qu'exceptionnellement des passages à l'acte médicolégaux, elles se retrouvent, le cas échéant incarcérées (d'où leur surreprésentation en prison). Après leur jugement, certaines, reconnues pénalement responsables, restent incarcérées. D'autres sont jugées pénalement irresponsables et sont hospitalisées. Ce dernier cas de figure se fait de plus en plus rare. Comme le souligne la

psychiatre Magali Bodon-Bruzel, le nombre d'ordonnances de non-lieu est passé de 611 en 1989 à 196 en 2006 [25]. De nombreux auteurs dénoncent une justice de plus en plus responsabilisante. En cas de troubles psychiatriques, l'abolition du discernement serait moins fréquemment prononcée au profit de sa simple altération atténuant la responsabilité du malade qui reste néanmoins punissable. Même dans cette dernière situation, les peines verraient leur longueur augmenter au nom d'une « tolérance zéro » [21, 26, 27].

Le psychiatre Bruno Gravier se réfère à Gunn qui, « à 3 reprises successives a étudié la morbidité psychiatrique en milieu pénitentiaire (1978, 1991, 1995) et confirme l'augmentation des cas psychiatriques allant d'un tiers des détenus en 1977, à 44,7% en 1990 pour s'élever à 66% en 1995 » [28,29]. On assiste par ailleurs en France à une diminution du nombre de lits d'hospitalisation en psychiatrie et, parallèlement, à une augmentation du nombre de places en prison [2].

Pour contrer cet effet de sur-pénalisation, la Loi Taubira du 15 Aout 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales propose une meilleure adaptation des peines selon le contexte. Cette loi ne concerne que les auteurs de délits et propose dans certains cas des alternatives à l'incarcération comme la « contrainte pénale » (peine en milieu ouvert) [30]. Cependant, il est encore trop tôt pour en mesurer les effets [26].

Ainsi, les troubles psychiatriques en prison, déjà fréquents à l'époque de Baillarger, sont en constante augmentation.

Si de nombreux détenus ont des antécédents psychiatriques, nous observons également en prison des troubles psychiatriques aigus chez des personnes pourtant sans antécédents

psychiatriques connus. L'environnement carcéral favoriserait-il l'émergence de troubles psychiatriques ? Nous allons à présent approfondir ce sujet.

C) REFLEXION : EXISTE-T-IL UNE SEMEIOLOGIE PSYCHIATRIQUE PROPRE AU MILIEU PENITENTIAIRE ?

Comme nous venons de l'évoquer, les patients aux antécédents de troubles psychiatriques sont surreprésentés en milieu carcéral. De surcroît, si entre les murs de la prison nous constatons fréquemment des états de décompensations cliniques chez des patients connus de l'institution psychiatrique, nous observons également l'émergence de troubles psychiques chez des personnes pourtant sans antécédents. Ceci nous amène à nous questionner sur l'influence du milieu carcéral sur l'exacerbation et/ou l'émergence de troubles psychiatriques.

Dans leur article *Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire : organisation, moyens, psychopathologies et réponses thérapeutiques,* Cyril Manzanera et Jean-Louis Senon attirent notre attention sur l'impact du milieu carcéral sur l'expression de certains troubles psychiques. « Suicide, automutilations ou agressivité stigmatisent une clinique particulière, une clinique de l'agir, clinique retrouvée dans le passage à l'acte criminel. Ces modes d'expressions sont souvent le fait de personnalités pathologiques ou de troubles psychiatriques sous-jacents que l'équipe psychiatrique devra identifier, comme de l'influence du milieu qui peut aussi les sécréter » [14]. D'ailleurs, il est monnaie courante que les thématiques des symptômes présentés par les patients écroués soient en lien direct avec le contexte carcéral. L'exemple le plus répandu est celui du

syndrome délirant à thématique persécutive vis-à-vis de l'encadrement pénitentiaire. Citons également le choc carcéral, l'état de stress post-traumatique carcéral ou encore la psychose carcérale, dont les dénominations suggèrent que l'incarcération en elle-même est la cause des troubles présentés par le patient. Ces constats nous amènent à nous poser la question suivante : le contexte carcéral peut-il faire émerger des symptômes voire des syndromes psychiatriques spécifiques à cet environnement si singulier ?

1) Préambule : deux approches méthodologiques permettant d'appréhender la clinique psychiatrique en milieu carcéral

Dans un article intitulé *Réflexions sur les fondements d'une « Clinique psychiatrique en milieu pénitentiaire »*, le psychiatre Evry Archer se réfère à son confère suisse Timothy Harding qui, suite à une réflexion à propos des états dépressifs en prison, propose deux approches méthodologiques pour appréhender la clinique psychiatrique en milieu pénitentiaire. Il s'agit de l'approche épidémiologique environnementale et du modèle des évènements de vie [31].

a) L'approche épidémiologique environnementale

Cette approche établit, selon Thimothy Harding (cité par Evry Archer) « par des méthodes classiques de dépistage et d'identification, la fréquence en termes d'incidence et de prévalence des états pathologiques étudiés, et vise l'évaluation du détenu comme étant à haut risque ou à bas risque ». Cette méthode a pour objectif d'apporter des informations criminologiques d'une part (« caractéristiques sociodémographiques prévalentes des transgresseurs, circonstances habituelles de l'infraction, obstacles qui favorisent sa découverte ou sa dissimulation, réponses

pénales… ») et d'autre part des informations cliniques, notamment sur les besoins en santé mentale des personnes détenues (comparaison des pourcentages de pathologies psychiatriques rencontrées en prison et en milieu libre) [31].

b) Le modèle des évènements de vie

La mise sous écrou, la privation de liberté, l'isolement du monde extérieur, la promiscuité, la perte de la gestion du temps, la prise de conscience des actes commis, les ruminations anxieuses liées au contexte carcéral, judiciaire, familial, les éventuels conflits avec les autres détenus, sont autant de facteurs de stress pouvant avoir un impact négatif sur l'état psychique de la personne écrouée. Se pose alors la question de la causalité psychique. Evry Archer fait référence à Jaspers et Lader. « Jaspers estime que l'évènement de vie détermine la survenue, le contenu et l'évolution du syndrome réactionnel ». « Malcon Lader affirme que « les syndromes psychiatriques que l'on rencontre dans les suites de divers évènements de vie n'ont pas de spécificité à l'égard de l'événement, ni à l'égard du moment où il se produit », mais que « les facteurs liés à un événement particulier peuvent influencer de façon déterminante l'expression de la maladie psychiatrique ». La théorie de Lader renvoie à celle de Wimmer (1923) selon laquelle les « traumatismes psychiques modifient les tableaux cliniques connus par une action dite « pathoplastique » » [31]. Selon Lader et Wimmer, l'événement de vie ne génère pas le syndrome mais a un impact sur son expression clinique.

Ainsi, il est possible de considérer ces deux approches comme complémentaires pour appréhender la clinique psychiatrique en milieu pénitentiaire. Nous allons à présent nous intéresser à l'impact

de l'environnement carcéral sur l'expression de certains syndromes en commençant par le tableau anxieux généré par l'entrée en prison dénommé « choc carcéral ».

2) Focus sur le choc carcéral

L'arrivée en prison est considérée comme un évènement de vie négatif potentiellement traumatisant pouvant plonger la personne nouvellement écrouée dans un état de choc et de sidération associé à « un sentiment de perte d'identité » [32]. L'échelle de Holmes et Rahe (1967) évaluant le stress causé par l'adaptation au changement, chiffre à 63 le choc causé par l'emprisonnement. Selon cette grille d'évaluation, ce traumatisme se situerait en quatrième position parmi une quarantaine d'évènements stressants évalués entre 11 et 100. Il serait équivalent au traumatisme psychique causé par le décès d'un proche [33].

Pour éviter les biais d'évaluation liés à un éventuel choc carcéral, la visite d'entrée proposée à tout détenu nouvel arrivant par les infirmiers en psychiatrie n'est réalisée qu'après une semaine d'incarcération. Cela n'empêche pas, bien au contraire que nous recevions bien avant le huitième jour, en entretien anticipé ou en urgence, un détenu nouvellement incarcéré signalé par les agents du quartier arrivant comme étant dans un état d'anxiété aigu, notamment en raison du risque de passage à l'acte auto-agressif associé. La visite d'entrée à proprement parler sera alors réalisée à distance de l'épisode anxieux aigu.

Cet état de choc peut s'amplifier par « la prise de conscience brutale d'avoir commis une transgression majeure » [33]. La personne détenue est alors amenée à débuter un travail de deuil d'une vision pré-carcérale d'elle-même. Par ailleurs, l'arrivée en prison peut réactiver ou exacerber

des symptômes anxieux en lien avec un passé traumatisant, situation plus fréquemment rencontrée en prison.

3) La prison comme théâtre de la reviviscence de scènes traumatiques

Comme nous l'avons mentionné précédemment, le facteur de stress qu'est l'incarcération exacerbe les troubles anxieux. Les patients souffrant d'état de stress post-traumatique voient très fréquemment leurs symptômes s'amplifier lors de leur arrivée en prison :

- Les reviviscences et les phénomènes dissociatifs du syndrome de répétition (*flash backs*, dépersonnalisation, déréalisation) sont favorisés par la privation sensorielle partielle qu'implique l'environnement carcéral ;
- L'hyperactivation neurovégétative est majorée avec une hypervigilance accrue et des cauchemars traumatiques induisant une fatigabilité psychique augmentant le risque dépressif ;
- Ces signes cliniques engendrent des conduites d'évitement des promenades et d'autres activités lors desquelles ces patients pourraient être amenés à croiser d'autres personnes détenues.

Dans ce contexte, les prises de toxiques à visée anxiolytique sont plus fréquentes et aggravent les tableaux cliniques [34,35].

Il faut également prendre en considération le fait que beaucoup de personnes écrouées en France sont d'origine étrangère et viennent de pays en proie aux guerres et/ou aux catastrophes naturelles, causes biographiques ou contextuelles majorant le risque de

survenue de troubles anxieux. En 2016, une étude portant sur l'état de stress post-traumatique parmi les détenus de centre pénitentiaire de Guyane française où « l'histoire récente a laissé une empreinte forte (tremblement de terre en Haïti, guerre civile au Suriname, violence liée à l'orpaillage et au trafic de stupéfiants) » a mis en évidence une prévalence de l'état de stress post-traumatique de 17% chez les arrivants en détention. Ce constat a sensibilisé le corps médical quant à la nécessité du dépistage précoce de cette pathologie en milieu carcéral pour proposer des prises en charge adaptées [36].

En 2015, la proportion de personnes détenues de nationalité étrangère à la Maison d'Arrêt de Strasbourg s'élevait à 24,6%. Les pays les plus représentés étaient la Roumanie, la Géorgie, l'Algérie, le Maroc et la Turquie [37]. Pour les patients de nationalité étrangère, la dimension transculturelle est à prendre en considération et complexifie souvent les tableaux cliniques. Les patients mettent fréquemment leurs symptômes (en particuliers les reviviscences traumatiques nocturnes et les cauchemars) en lien avec les représentations symboliques de leur pays d'origine. Les patients traumatisés originaires du Maghreb évoquent fréquemment la présence de Djiins et ceux originaires d'Afrique de l'Ouest la présence d'esprits envoyés par des sorciers. Cette clinque, rencontrée quotidiennement en milieu pénitentiaire, renvoie à l'une des problématiques phares de la psychiatrie, et en son sein de la psychiatrie transculturelle, à savoir la question du diagnostic différentiel entre système de croyances partagées par le groupe d'appartenance et délire. Il est primordial de situer le patient, au-delà de son contexte carcéral, dans son environnement culturel.

4) L'importance de situer le patient dans son contexte carcéral pour l'interprétation de certains signes cliniques et pour la réalisation d'un diagnostic différentiel.

Comme nous venons de l'évoquer, il est primordial de situer le patient dans son contexte de façon à pouvoir interpréter les modalités d'expression de ses symptômes. Ceci est d'autant plus important en milieu carcéral que les contextes socio-culturels des détenus sont très divers.

a) Vécu persécutif versus idées délirantes de persécution

Comme le soulignent Thomas Fovet et ses confrères du CHU de Lille, les personnes incarcérées sont « continuellement soumises à une surveillance par l'administration pénitentiaire » rythmant leur vie quotidienne (« œilletons dans les cellules »… « ouverture/fermeture des cellules, gestion des mouvements au sein de l'établissement, organisation des contacts avec l'extérieur (courriers, parloirs), distribution des repas, gestion des « cantines » (denrées que les détenus peuvent acheter au sein de l'établissement pénitentiaire) ») [20]. La naissance d'un sentiment de persécution chez certains détenus peut ainsi être légitime de par ce contexte pénitentiaire de sécurité et de surveillance. Cependant, des idées délirantes effectives à thématiques persécutive en lien avec l'environnement carcéral peuvent émerger, notamment chez les patients aux antécédents de troubles psychotiques. Le praticien se doit alors d'être minutieux dans son analyse séméiologique pour différencier ces idées de persécutions d'un délire établi.

Par ailleurs, l'usage illicite de substances psychoactives peut précipiter l'émergence d'une symptomatologie psychotique [20].

b) Signes cliniques adaptés au vu du contexte carcéral mais faisant évoquer un syndrome dépressif en milieu libre

Le psychiatre Cyril Canetti met l'accent sur une spécificité de l'exercice de la psychiatrie en prison. Il s'agit du problème diagnostique des « troubles à expression différente ». La « gamme d'expression de la symptomatologie » est réduite du fait de l'enfermement, du manque d'activités et de contacts humains. Ceci rend l'interprétation de certains symptômes, alors surreprésentés, compliquée [38]. En voici les exemples les plus marquants :

- L'insomnie nocturne ne traduit pas forcément manque de sommeil. Elle peut s'expliquer par le manque d'activités ou par les siestes que les détenus peuvent être amenés à faire par désœuvrement. Parfois, les personnes détenues présentant une insomnie nocturne cumulent, en fait, plus de huit heures de sommeil sur la journée.
- L'anorexie ou la perte de poids peuvent avoir un lien avec la qualité des repas et la prise de poids avec l'inactivité ou les denrées alimentaires sucrées cantinées.
- Les difficultés de concentration dont se plaignent certains détenus (pour lire, suivre un programme à la télévision) peuvent s'expliquer par le bruit de fond présent de manière quasi-permanente en détention.
- L'absence de projection dans l'avenir, « symptôme souvent associé à la dépression, peut représenter un moyen de défense permettant de gérer l'arrêt du temps que représente l'incarcération ou être le reflet adapté d'une réalité laissant peu de perspectives de réinsertion ».

- L'anhédonie et l'aboulie « peuvent résulter directement de l'enfermement et ne pas revêtir le caractère pathologique qu'on leur prête à l'extérieur ».
- L'émergence d'un sentiment de culpabilité peut être adaptée du fait de la prise de conscience des actes commis [38].

Par ailleurs, le refus de sortir en cour de promenade, parfois interprété comme de la clinophilie, peut être lié à la crainte des conflits avec les autres détenus.

c) Le corps comme support d'expression : automutilations, grèves de la faim…

Cyril Canetti explique qu'en milieu carcéral, « la symptomatologie peut être noyée dans la banalité de son expression ». Il cite pour exemple les automutilations, « surreprésentées en prison par une espèce de phénomène de contamination » alors que beaucoup de détenus affirment avoir découvert cette pratique à l'occasion de leur incarcération et « n'avoir jamais été effleurés par l'idée d'un tel passage à l'acte à l'extérieur » [38].

Dans cet univers induisant une perte de liberté mais aussi de la gestion du temps et de l'espace, le corps semble être le dernier élément sur lequel les personnes détenues ont le contrôle.

Ces automutilations peuvent revêtir plusieurs formes : scarifications, phlébotomie, ingestion de corps étrangers (lames de rasoir), voire section de doigts.

Marie Sautereau et Guillaume Giret, psychiatres du SMPR rattaché au Centre Hospitalier Le Vinatier, évoquent les trois principales situations pouvant occasionner des comportements automutilatoires en prison [27] :

- L'automutilation à visée anxiolytique, de « décharge d'affects » ;

- Les passages à l'acte auto-agressifs à visée utilitaire dans le but de faire pression sur l'encadrement pénitentiaire dans l'espoir que certaines demandes soient satisfaites ;
- Les automutilations survenant dans un contexte délirant.

Selon Marie Sautereau et Guillaume Giret les automutilations « constituent une forme symbolisée et quasi-ritualisée de la violence » reflétant une impulsivité associée à un risque de passage à l'acte auto et hétéro-agressif [27]. Les passages à l'acte auto-agressifs ne doivent donc pas être banalisés.

Par ailleurs, les grèves de la faim sont également un mode fréquent d'expression et de revendication. Nous devons toutefois rester vigilants et ne pas confondre une grève de la faim avec ce qui relèverait d'une sitiophobie, d'un repli sur soi voire d'un négativisme.

5) La problématique de la simulation et des passages à l'acte à des fins utilitaires

Comme nous venons de l'évoquer, certaines personnes détenues peuvent s'automutiler dans un but utilitaire. De la même manière, il arrive que certains détenus simulent des troubles psychiatriques pour obtenir des bénéfices secondaires (séjour en UHSA, obtention de l'allocation adulte handicapé…). Une analyse séméiologique minutieuse s'impose pour différencier les « vrais » symptômes des « faux ». Parfois, un temps d'observation en milieu hospitalier s'avère nécessaire pour le diagnostic différentiel, en particulier quand le détenu présente des conduites à risques pour lui-même ou les personnes qui l'entourent (passages à l'acte auto et/ou hétéro-agressif, incendies de cellules).

Toutefois, les simulations sont souvent la traduction comportementale adaptée d'une souffrance psychique et à ce titre ne doivent pas être banalisées.

6) La suicidalité en milieu pénitentiaire.

Dans son ouvrage *Soigner les méchants : Ethique du soin psychiatrique en milieu pénitentiaire paru en 2015*, Michel David, Président de l'Association des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire, évoque la question du suicide en prison. Un tiers des décès par suicide surviendraient au cours du premier mois d'incarcération en raison choc carcéral réactionnel à l'arrivée en prison, et trois quarts au cours de la première année [39].

Selon Pierre Thomas et ses confrères du CHU de Lille, la mortalité annuelle en France par suicide serait environ dix fois plus élevée en prison qu'en milieu libre (176 pour 100 000 détenus versus 17,5 pour 100 000 habitants en milieu libre) [2].

Les psychiatre Cyril Manzanera et Jean-Louis Senon, que nous avons précédemment cités, évoquent le rapport du Professeur Jean-Louis Terra à Dominique Perben Garde des Sceaux, ministre de la Justice, au sujet de la suicidalité en milieu carcéral et paru en 2003. Dans ce rapport, le Professeur Terra prône la pratique consistant à « doubler » les détenus préoccupants. « Il rapporte, en s'appuyant sur la population décédée en 2001 et 2002, soit 226 suicides pour ces deux années, que la moitié des personnes décédées occupaient seules leur cellule et que la moitié des « doublés » ont profité de l'absence d'un codétenu pour passer à l'acte ».

En milieu carcéral, les professionnels de santé mentale sont fréquemment amenés à préconiser que les détenus les plus vulnérables psychiquement bénéficient d'une surveillance spécifique de

la part de l'administration pénitentiaire et soient placés en cellule avec un autre détenu, voire avec un codétenu de soutien (détenu bien intégré en détention et étant en mesure d'apporter son soutien à un codétenu en difficulté à la manière d'un pair aidant). Toutefois, si un patient présente un risque suicidaire avéré rendant son maintien en détention impossible, le transfert en urgence en hôpital psychiatrique s'impose. En attendant son transfert, le patient peut être placé à la Maison d'arrêt en « cellule de protection d'urgence » (CeproU, cellule « lisse ») pour mise à l'abri d'un passage à l'acte auto-agressif.

En 2014, une diminution significative du nombre de décès par suicide a été observée avec 93 décès par suicide. Selon Pierre Thomas et ses co-auteurs précédemment cités, « cette diminution de la mortalité par suicide peut être attribuée au déploiement de l'offre de soins en psychiatrie sur le territoire français et, notamment, à l'ouverture de plusieurs unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) dans les régions françaises » [2].

Dans un article plus ancien paru en 2004, le Professeur Pierre Moron, fondateur du Groupement d'Etude et de Prévention du Suicide met également l'accent sur la nécessité de « vaincre la solitude du suicidaire en prison » [40].

7) La surreprésentation des patients traumatisés crâniens en milieu carcéral

Des études récentes effectuées entre autres au Royaume-Uni mettent en évidence que la prévalence du traumatisme cranio-cérébral parmi les détenus pourrait s'élever jusqu'à 60 % contre seulement 8,5% au sein de la population générale [41].

Les troubles de la personnalité avec impulsivité sont fréquents au sein de la population carcérale. Les patients concernés s'exposent régulièrement à des conduites à risques telles que les rixes et la conduite imprudente de voitures ou deux roues.

Les traumatismes crâniens occasionnés peuvent être responsable de troubles attentionnels, d'un syndrome dyséxecutif avec difficultés de planification et d'une impulsivité. Ces traumatismes peuvent également causer une altération de la « cognition sociale » avec une « mauvaise compréhension des états mentaux aussi bien cognitifs qu'affectifs, de leur interlocuteur », sans possibilité d'accès au second degré. Ce trouble de la compréhension d'autrui se traduit le plus souvent par un manque d'empathie occasionnant une mauvaise intégration sociale et professionnelle, voire le motif même de l'incarcération. A ces symptômes s'ajoutent « des difficultés de régulation émotionnelle », « une intolérance à la frustration », « une irritabilité souvent rapportée par l'entourage ». La répercussion cérébrale du traumatisme crânien peut donc avoir un impact considérable sur le comportement du patient avec notamment une exagération des traits de personnalité antérieurs voire conduire à un tableau de « sociopathie acquise ». Les notions de traumatisme crânien et de délinquance peuvent ainsi être envisagés comme corrélés.

Par ailleurs, l'épilepsie séquellaire résultant du traumatisme crânien peut également occasionner des troubles du comportement similaires [42].

Ainsi, un diagnostic rapidement posé de « trouble de la personnalité dyssociale » peut masquer des lésions cérébrales sous-jacentes. En tant que professionnels de santé mentale, il est donc indispensable que nous sachions si les détenus que sous somme amenés à rencontrer présentent des antécédents de traumatismes crâniens. Lors de la visite d'entrée, la question est systématiquement posée par les infirmiers du pôle 67P16 aux détenus nouvellement arrivés à la maison d'arrêt. Une rubrique du document de visite d'entrée est d'ailleurs exclusivement dédiée à cette question (antécédents de traumatisme(s) crânien(s) Oui/Non ? année ? imagerie cérébrale

faite ? prise en charge chirurgicale ?). Au pôle 67P16, lorsque nous suspectons chez un patient un lien entre les troubles du comportement présentés et d'éventuelles lésion cérébrale, nous pouvons l'adresser au neuropsychologue du pôle pour un bilan approfondi.

8) La schizophrénie derrière le masque de la psychopathie.

Les passages à l'acte, qu'ils soient auto ou hétéro-agressifs occupent une place centrale dans l'univers carcéral. Ils peuvent émerger de multiples contextes et ne s'expliquent pas uniquement par des traits de personnalité psychopathique. Ils peuvent également traduire un trouble organique ou psychiatrique avéré. Le comportement impulsif avec intolérance à la frustration pouvant masquer des symptômes du registre psychotique, en particulier chez les patients atteints d'héboïdophrénie.

Inversement, ainsi que nos partenaires des UHSA sont fréquemment amenés à le constater, un syndrome délirant patent et très envahissant peut masquer certains traits de personnalité, démasqués alors par la sédation du délire.

9) Aparté sur psychose carcérale.

Les psychiatres Marie Sautereau et Guillaume Giret que nous avons cités précédemment proposent une définition des psychoses carcérales. Il s'agirait, selon eux, de « troubles psychotiques aigus et transitoires, où l'étiologie prédominante est environnementale, séméiologiquement proches des bouffées délirantes ». Elles seraient liées à plusieurs facteurs tels que la fragilité de la personnalité, une culpabilité intense quant aux actes commis, les privations multiples et l'isolement psychosensoriel. Elles sont également souvent accompagnées de troubles

du comportement auto et/ou hétéro-agressifs [27]. Le psychiatre Magali Bodon-Bruzel ajoute que ces troubles surviennent chez des patients en général sans antécédents psychiatriques et que les thématiques délirantes sont « en relation directe avec les problématiques carcérales ». L'évolution est généralement favorable suite à l'hospitalisation du patient et la mise en place d'un traitement médicamenteux adapté. Comme ses confrères précédemment cités, elle précise que « selon les classifications, ces épisodes sont à rapprocher des psychoses réactionnelles brèves ou de la classique bouffée délirante aiguë » [25].

10) Liens entre environnement carcéral et syndromes psychiatriques au sens large

Comme tout événement de vie négatif, le milieu carcéral peut exacerber voire générer des symptômes ou même des syndromes psychiatriques tels que l'anxiété ou le syndrome dépressif. D'après les auteurs cités ci-dessus, les psychoses carcérales s'apparenteraient à des bouffées délirantes aiguës dont le facteur de stress précipitant la survenue serait l'incarcération.

Cependant, ces notions de pathologies dites carcérales font débat dans la mesure où les éléments que nous avons évoqués concernant ces différents syndromes peuvent s'appliquer à tout facteur de stress rencontré par un sujet. Le professionnel de santé mentale se doit de tenir compte des spécificités cliniques liées à l'environnement carcéral tout en veillant à ne pas conclure trop rapidement à une pathologie exclusivement liée à l'incarcération. Le patient, comme ses symptômes doivent être considérées de manière globale pour permettre un diagnostic éclairé.

D) FONCTIONNEMENT DE LA PSYCHIATRIE EN MILIEU CARCERAL : EXEMPLE DU POLE 67P16 DE L'EPPSAN

Le pôle 67P16 tire sa dénomination de sa localisation dans le Bas-Rhin (67) et le fait d'être le seizième pôle de psychiatrie en milieu pénitentiaire à avoir vu le jour en France (P16 avec « P » pour pénitentiaire).

Basé à la Maison d'Arrêt de Strasbourg, il est rattaché à l'Etablissement Public de Santé Alsace Nord dont il constitue l'un des pôles. Si ses locaux appartiennent à l'institution carcérale, son fonctionnement relève de l'institution psychiatrique.

Dans ce chapitre, après une brève présentation de la Maison d'Arrêt de Strasbourg, nous détaillerons le fonctionnement du pôle 67P16.

1) Brève présentation de la Maison d'Arrêt de Strasbourg

La Maison d'Arrêt de Strasbourg a ouvert ses portes le 19 septembre 1988.

Elle a vocation à accueillir :

- des personnes détenues mises en examen et en détention provisoire dans l'attente de leur jugement (prévenus) ;
- et des personnes condamnées à de courtes peines de moins de deux ans ou dont le reliquat de peine est inférieur à deux ans.

Sa capacité théorique d'accueil est de 445 places réparties comme suit :

- un quartier réservé aux personnes détenues hommes adultes d'une capacité de 345 places
- un quartier de 38 places exclusivement réservé aux personnes détenues mineures ;
- un quartier de 18 places réservé aux personnes détenues femmes et/ou mineures pouvant accueillir un effectif de 25 personnes. Les places sont réparties en 17 cellules ordinaires et une cellule mère-enfant avec un équipement adapté à l'accueil d'un bébé (jusqu'à ses 18 mois) ;
- un quartier de 34 places réservé aux détenus arrivants ;
- un hébergement thérapeutique relevant du Service Médico-Psychologique Régional d'une capacité de 12 places ayant pour vocation d'accueillir des personnes détenues dont le consentement aux soins est recevable et acquis, présentant des troubles psychiques suffisamment stabilisés pour ne pas nécessiter une hospitalisation à temps complet en service de Psychiatrie et être incompatibles avec un maintien en détention classique [37].

Parmi ces 445 places sont également comprises :

- 20 places pour le Quartier d'Isolement ;
- Et 18 places pour le Quartier Disciplinaire.

La durée moyenne de séjour à la maison d'arrêt est de 5 mois et 21 jours. Son taux d'occupation oscille entre 105 et 174% ce qui entraine une promiscuité majorant les troubles psychiques [37]. Les détenus passent la majeure partie de leurs journées dans

des cellules de 9m², fermées à clés, qu'ils se partagent à deux la plupart du temps. Les mouvements des personnes détenues en dehors de leurs cellules sont contrôlés par l'encadrement pénitentiaire. Elles ont en effet la possibilité de sortir de leurs cellules pour certaines occasions bien définies dont voici quelques exemples :

- lors des promenades (deux fois une heure par jour) ;
- pour voir leurs proches au parloir (si leur profil pénal le permet) ;
- pour se rendre à divers entretiens et audiences (avec l'administration pénitentiaire, les magistrats, les Conseillers d'Insertion et de Probation, les éducateurs…) ;
- pour les activités socio-culturelles organisées par la maison d'arrêt (sport, bibliothèque, jardin partagé…) ;
- pour se rendre aux ateliers dans le cadre du travail pénitentiaire s'ils en ont la possibilité (service général rémunéré par l'établissement ou ateliers de concession) ;
- afin de bénéficier de l'enseignement scolaire. Les cours, dispensés par l'éducation nationale sont obligatoires plus les personnes mineures, même si elles sont âgées de plus de 16 ans, et facultatifs pour les adultes (enseignements fondamentaux et préparations aux examens : Certificat de Formation Générale, Baccalauréat, Certificat d'Aptitudes Professionnelles, Brevet des Collèges…) ;
- pour se rendre aux consultations médicales à l'unité de soins somatiques ;
- pour se rendre au Service Médico-Psychologique Régional et au Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie pour les entretiens psychiatriques, addictologiques, psychologiques, infirmiers, sociaux et aux activités socio thérapeutiques.

Le service Médico-Psychologique Régional et le Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie sont les deux unités fonctionnelles composant le Pôle 67P16 dont nous allons à présent détailler le fonctionnement.

2) Les deux principes directeurs prédisposant à l'organisation des soins psychiatriques et addictologiques en milieu pénitentiaire

Avant d'aborder le fonctionnement du Pôle, précisons que deux principes directeurs organisent les soins psychiatriques et addictologiques en milieu pénitentiaire.

Le premier est que les besoins des personnes détenues en matière de santé doivent être satisfaits à hauteur de ce qu'ils le sont pour la population générale. Comme précisé précédemment, c'est ce que stipule la loi du 18 janvier 1994 visant aussi bien les soins psychiatriques que somatiques.

Le deuxième est, qu'entre les murs de la prison, les soins psychiatriques et addictologiques ne peuvent être délivrés qu'avec le consentement de la personne détenue.

3) Un pôle se composant de deux unités fonctionnelles

Le pôle 67 P16 se compose de deux unités fonctionnelles :

- Le SMPR (Service Médico-Psychologique Régional)
- Le CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie).

Le SMPR appartient au champ sanitaire et a pour vocation de répondre aux besoins en santé mentale des personnes détenues ; missions de dépistage, de diagnostiques, thérapeutiques et de réinsertion sociale. Il est implanté au sein de la Maison d'Arrêt de Strasbourg dans un bâtiment de trois étages qui lui est exclusivement dédié et distinct du reste de la détention. Il dispense les soins à la maison d'arrêt sur deux niveaux d'intervention :

- Les soins de niveau 1 : il s'agit de soins ambulatoires s'organisant sur un modèle semblable à celui d'un Centre Médico-Psychologique. Ils consistent en consultations psychiatriques ou psychologiques, en entretiens infirmiers, sociaux ou en activités socio-thérapeutiques. Le premier étage est dédié aux entretiens et consultations et le deuxième à la socio-thérapie (activités thérapeutiques sportives, littéraires, artistiques…).

- Les soins de niveau 2 : en cas de nécessité de prise en charge d'un patient à temps partiel, le SMPR comprend au sein des locaux qui lui sont dédiés un hébergement thérapeutique, situé au rez-de -chaussée. Ce dispositif s'apparente à un hôpital de jour, séparé du reste de la Détention et pouvant accueillir douze patients (dix cellules simples et une cellule double). Cet hébergement permet, par la présence d'une équipe soignante en journée, d'assurer un suivi plus soutenu des patients présentant des troubles mentaux non stabilisés et incompatibles avec une détention classique, mais sans pour autant que leur état clinique impose une hospitalisation à temps complet. L'hébergement thérapeutique du SMPR est placé sous la responsabilité d'un praticien hospitalier psychiatre.

Quant au CSAPA, il dispose de trois bureaux installés en Détention et assure le suivi addictologique, psychologique et social des personnes détenues souffrant d'une ou plusieurs addictions. Il est placé sous la responsabilité d'un praticien hospitalier psychiatre addictologue.

4) Composition et missions de l'équipe pluriprofessionnelle du Pôle 67 P16

a) Composition de l'équipe du SMPR

L'équipe pluriprofessionnelle du SMPR se compose actuellement :

- De trois psychiatres dont le chef de pôle ;
- D'un cadre de pôle ;
- De deux psychologues dont un neuropsychologue intervenant également au CSAPA
- De neuf infirmiers
- D'un assistant social
- D'un éducateur sportif
- De deux secrétaires
- D'un agent des services hospitaliers

b) Composition de l'équipe du CSAPA

L'équipe de CSAPA, quant à elle, se compose :

- D'un psychiatre addictologue responsable de la structure (et intervenant également au SMPR)
- De trois psychologues dont deux interviennent également au SMPR et d'un neuropsychologue intervenant lui aussi à la fois au SMPR et au CSAPA
- D'un assistant social.

c) Missions de l'équipe pluriprofessionnelle

Les missions de l'équipe de soins sont multiples et variées :

- Des missions de dépistage, de diagnostiques et thérapeutiques : la prison est pour de nombreux détenus le lieu d'une première rencontre avec la Psychiatrie. L'incarcération peut être l'occasion d'un premier pas vers le soin pour des personnes souffrant de troubles psychiques parfois graves mais inconnus de la Psychiatrie jusqu'alors. Les professionnels du pôle 67P16 sont en première ligne pour dépister, faire un bilan diagnostique, et proposer une prise en charge adaptée aux besoins du détenu avant d'organiser un relais vers la psychiatrie de secteur afin qu'il puisse être pris en charge après sa levée d'écrou.

- Assurer la continuité des soins pour les patients bénéficiant déjà d'une prise en charge psychiatrique ou addictologique en milieu libre.

- Tenter d'amorcer un nouveau parcours de soins en créant de la demande chez des patients connus de la Psychiatrie mais en rupture thérapeutique avant leur incarcération. Certaines personnes détenues souffrant de troubles psychiatriques sont peu compliantes aux soins en milieu libre (contexte de grande précarité, déni des troubles…). Durant l'incarcération, plusieurs facteurs peuvent les inciter à consulter même s'ils n'ont pas nécessairement de réelle demande de soins à l'incarcération. Ils peuvent ainsi demander à consulter, dans un but occupationnel pour pouvoir échanger avec un professionnel qu'ils considèrent comme « une personne neutre venant de l'extérieur » ou encore avec une recherche plus ou moins affichée de bénéfices secondaires (être suivi au pôle 67P16 peut leur permettre d'obtenir des Réductions de Peines Supplémentaires). Quelles que soient les motivations d'origine de ces détenus nécessitant des soins psychiatriques et/ou addictologiques, ces démarches permettent de forger une alliance thérapeutique et d'initier un projet de soins.

- Enfin, des missions de réinsertion sociale en partenariat avec le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation, le monde associatif et les Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale. Favoriser la réinsertion socio-professionnelle des patients permet de prévenir la récidive tant sur le plan psychiatrique que judiciaire.

Par ailleurs, l'activité du Pôle s'étend au-delà des murs de la Maison d'Arrêt de Strasbourg avec la possibilité de revoir les patients après leur libération au Centre-Médico-Psychologique

situé rue de Berne à Strasbourg. Il peut s'agir de suivis au long cours, ou, le plus souvent, de quelques entretiens pour assurer la continuité des soins en attendant la première rencontre du patient avec le(s) professionnel(s) du secteur de psychiatrie de référence.

5) Comment les patients arrivent-ils au Pôle 67P16 ?

Une visite d'entrée est systématiquement proposée à tout détenu nouvel arrivant à la maison d'arrêt. Cette visite n'est pas obligatoire, la personne détenue est libre de refuser cet entretien et/ou d'y souscrire dans les suites de son incarcération.

La visite d'entrée est réalisée par un infirmier spécialisé en psychiatrie et a pour objectif d'évaluer les éventuels besoins et demandes de la personne détenue en matière de santé mentale via un entretien détaillé (éléments biographiques, mode de vie, histoire judiciaire, antécédents psychiatriques et somatiques, personnels et familiaux, antécédents personnels de traumatismes crâniens, addictions éventuelles) et une première analyse séméiologique. Cet entretien est proposé une semaine après l'arrivée de la personne détenue afin d'éviter les biais d'évaluation liés à un éventuel choc carcéral. Suite à la visite d'entrée, en cas de nécessité, la personne détenue est orientée vers le SMPR ou le CSAPA, puis vers le professionnel concerné. Dès lors, le détenu devient patient et une prise en charge adaptée à ses besoins lui est proposée.

6) Focus sur l'hébergement thérapeutique

L'hébergement thérapeutique du SMPR a ouvert ses portes le 3 juin 1996. Comme nous l'avons mentionné précédemment, il est séparé du reste de la détention et peut accueillir

douze patients (dix cellules simples et une cellule double) et est placé sous la responsabilité d'un praticien hospitalier psychiatre. Cet hébergement s'apparente à un hôpital de jour dans la mesure où il permet, par la présence d'une équipe soignante en journée, d'assurer un suivi plus soutenu des patients présentant des troubles mentaux non stabilisés et incompatibles avec une détention classique, mais sans pour autant que leur état clinique impose une hospitalisation à temps complet. L'unité d'hébergement thérapeutique constitue, par les activités projets proposés par l'équipe pluriprofessionnelle, un espace favorisant la préparation d'un relais de soins pour la sortie d'incarcération. L'objectif est de faciliter la réinsertion des patients et de réduire les risques de récidives tant sur le plan psychiatrique que judiciaire.

En journée, cette unité est sous la responsabilité de l'encadrement pénitentiaire en matière de sécurité et sous la responsabilité du SMPR en ce qui concerne les soins. L'équipe soignante n'est présente qu'en journée.

Les contre-indications à l'admission à l'hébergement thérapeutique sont les suivantes :

- Absence de consentement recevable du patient
- Forte intensité actuelle et/ou prévisible des troubles psychiques imposant une hospitalisation à temps complet pour une surveillance constante
- Auto-agressivité : idées suicidaires énoncées et répétées incompatibles avec une absence de surveillance psychiatrique nocturne (l'équipe de soins n'étant présente qu'en journée)
- Crise d'agitation psychomotrice
- Hétéro-agressivité isolée (sans lien avec une pathologie psychiatrique)

- Menace de passage à l'acte
- Troubles du comportement sans lien avec une pathologie psychiatrique
- Trouble isolé de la personnalité (sans pathologie psychiatrique évolutive)
- Sevrage à l'alcool et aux opiacés et troubles addictifs isolés
- Comorbidités somatiques justifiant une prise en charge somatique immédiate ou induisant une perte d'autonomie importante.

D'après le rapport d'activité du Docteur Agnieszka Kolodziejczyk, praticien hospitalier psychiatre responsable de l'hébergement thérapeutique, en 2017, la durée moyenne de séjour à l'hébergement était de 74,1 jours et 92,5% des patients admis avaient déjà bénéficié de soins en hôpital psychiatrique par le passé. Le diagnostic principal de psychose était retenu pour 52,5% des patients admis. Le diagnostic de troubles thymiques était posé pour 20% des patients et celui de troubles anxieux pour 7,5% d'entre eux. Parmi les patients admis en 2017, 20% ne présentaient pas de trouble psychiatrique évolutif [43].

7) Et si le patient nécessite une hospitalisation en établissement psychiatrique à temps complet ?

En cas de troubles psychiatriques imposant une prise en charge à temps complet en milieu hospitalier, le pôle dispose d'une possibilité de relais vers des soins de niveau 3, parfois sans le consentement du détenu, en hôpital psychiatrique de proximité ou en Unité Hospitalière Spécialement Aménagée.

a) Prise en charge en hôpital de proximité

En cas de troubles psychiatriques justifiant une hospitalisation, les personnes détenues peuvent être amenées à être hospitalisées en hôpital psychiatrique de proximité situé dans le département d'implantation de la maison d'arrêt. Pour les détenus incarcérés à Strasbourg, il s'agit des services de psychiatrie des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg et des services d'hospitalisation à temps complet de l'EPSAN et de l'Hôpital du centre hospitalier d'Erstein. Dans la mesure où ils sont transférés d'un établissement carcéral vers un établissement de santé non contrôlé par l'administration pénitentiaire, les personnes détenues y sont obligatoirement admises en soins psychiatriques à la demande du représentant de l'Etat, conformément à l'article D398 du Code de Procédure Pénale, que leur consentement soit recevable ou non.

Ils sont accueillis dans un service fermé avec un double statut de patient et détenu ce qui biaise les soins psychiatriques en raison des nombreuses restrictions liées au statut de détenu qui doivent être prises en compte par l'équipe soignante (contrôle des communications du patient avec l'extérieur, vigilance quant au risque d'évasion). Pour cette raison, et dans la mesure du possible, le pôle 67P16 adresse préférentiellement les patients à l'Unité Hospitalière Spécialement Aménagée de Nancy-Laxou (compétente pour la Région Grand Est) avec, en 2017, 37 hospitalisations à l'UHSA pour 11 hospitalisations de proximité (9 à l'EPSAN, une aux HUS et une au CH Erstein) [44].

b) Le concept d'Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA)

Ces unités ont pour vocation de prendre en charge médicalement à temps plein les personnes détenues nécessitant des soins psychiatriques d'où la dénomination d'unité hospitalière.

Cette unité hospitalière est spécialement aménagée dans la mesure où elle est sécurisée par l'administration pénitentiaire. La sécurité périmétrique et le contrôle des biens et des personnes est assurée par l'administration pénitentiaire. Il s'agit d'un hôpital psychiatrique exclusivement dédié aux personnes détenues. De ce fait, les patients ne peuvent rester hospitalisés à en UHSA après la levée d'écrou.

Les UHSA ont vu le jour suite à la loi d'orientation et de programmation pour la justice du 9 septembre 2002 suite au constat suivant. A l'époque, en matière d'hospitalisation, l'offre de soins psychiatriques proposée aux personnes détenues n'était pas de qualité équivalente à celle offerte aux patients de droit commun. Les détenus ne pouvaient alors être admis qu'en ASPDRE en hôpitaux de proximité avec les restrictions que nous avons décrites précédemment. Les UHSA furent alors crées pour optimiser la prise en charge des personnes détenues présentant des troubles psychiatriques conformément à la loi du 18 janvier 1994 [15].

Les agents pénitentiaires ne sont pas présents au sein du service même et ne peuvent y pénétrer que sur demande de l'équipe de soins. Ils en contrôlent toutefois le périmètre et les mouvements (entrées, sorties, visites, courriers, gestion des cantines, escortes lors des transferts). Les équipes soignantes peuvent ainsi s'affranchir des restrictions liées au statut de détenu des patients et se consacrer exclusivement aux soins.

L'UHSA accueille des détenus quel que soit leur statut pénal (prévenu ou condamné), de tous les âges, hommes et femmes avec possibilité de les admettre en soins sous contrainte ASPDRE (Admission en Soins Psychiatriques à la Demande du Représentant de l'Etat) mais aussi en soins libres du fait que l'unité bénéficie d'un contrôle périmétrique par l'encadrement pénitentiaire.

Par leurs partenariats, les UHSA favorisent la continuité de prise en charge des patients, à la fois médicale, sociale, et judiciaire, leur réinsertion (partenariat avec l'administration pénitentiaire, les conseillers d'insertion et de probation, les éducateurs de la Protection Judiciaire de la Jeunesse) et permettent ainsi de préparer leur libération.

L'hospitalisation selon la loi D398 reste néanmoins possible et parfois nécessaire dans les situations les plus urgentes. Un transfert en UHSA peut alors s'organiser ultérieurement.

8) Qui sont les partenaires du Pôle 67P16 à la maison d'arrêt et en dehors et en quoi consiste ce partenariat ?

a) Nos partenaires à la maison d'arrêt et en dehors

Aux prises en charges en ambulatoire et en hébergement thérapeutique assurées par le pôle s'ajoute une activité de psychiatrie de liaison assurant la liaison entre nos patients et nos partenaires institutionnels.

Ces partenaires au sein de la maison d'arrêt et en dehors sont les suivants :

- Les professionnels de santé :
    - de l'unité de soins somatiques au sein de la maison d'arrêt rattachée aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (USN1-DSS pour Unité Sanitaire de Niveau 1- Dispositif de Soins Somatiques, anciennement UCSA pour Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires) et des service de soins somatiques en milieu libre

- des hôpitaux psychiatriques de proximité (Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Centre Hospitalier d'Erstein, Etablissement Public de Santé Alsace Nord) et en dehors du département,
- l'Unité Hospitalière Spécialement Aménagée de Nancy-Laxou,
- des Unités de Malades Difficiles (en particulier de Sarreguemines) et des Unités de Soins Intensifs Psychiatriques.

- Les partenaires non professionnels de santé :
  - L'encadrement pénitentiaire (Direction de la Maison d'Arrêt de Strasbourg, officiers gradés, surveillants),
  - Le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP),
  - Les magistrats,
  - Les éducateurs de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ),
  - Les binômes de soutien de la Mission de Lutte contre la Radicalisation Violente,
  - Les structures médico-sociales (CSAPA et centres de post cure de la région),
  - Le monde associatif et les structures d'hébergement (Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale).

b) En quoi consiste ce partenariat ?

Les professionnels du pôle 67P16 sont parfois amenés à partager le secret médical avec d'autres professionnels de santé (de l'USN1-DSS, des hôpitaux psychiatriques de proximité, de l'UHSA) dans la mesure où ils concourent aux soins de patients pris en charge par le pôle. En revanche, le secret

n'est pas partagé avec nos autres partenaires. Ces derniers, et tout particulièrement l'encadrement pénitentiaire sont quotidiennement amenés à signaler au pôle oralement ou le plus souvent par écrit des personnes détenues susceptibles de nécessiter une prise en charge par le pôle. Il est possible en retour, dans le cadre de l'activité de psychiatrie de liaison du pôle, de leur soumettre certaines préconisations via des signalements écrits et oraux comme par exemple :

- L'inscription du patient sur la liste « à ne pas laisser seul en cellule » s'il présente un risque de passage à l'acte auto-agressif.
- L'inscription sur la liste « seul en cellule » si nous évaluons le patient comme présentant un risque de passage à l'acte hétéro-agressif.
- L'inscription sur la liste « surveillance spécifique » pour une surveillance régulière par l'encadrement pénitentiaire.

Toutes les semaines, le pôle 67P16 fait le point sur ces listes (quant à l'indication ou non du maintien de la préconisation, détenu par détenu) avec nos partenaires lors de la Commission Pluridisciplinaire Unique (encadrement pénitentiaire, Service d'Insertion et de Probation, équipe de l'Unité de Soins Somatiques). Nos partenaires présents à cette réunion ont également la possibilité de proposer des préconisations pour les personnes détenues qu'ils sont amenés à suivre. Ce temps d'échange est l'occasion d'avoir une vue d'ensemble des personnes détenues susceptibles de nécessiter un suivi par nos soins. Lors de ces réunions réunissant de multiples partenaires qui ne sont pas tous des professionnels de santé, ne sont fournies que les informations strictement indispensables pour permettre l'accès aux soins des détenus et pour assurer leur sécurité, celle de leurs codétenus et des professionnels situés dans leur environnement. D'autres temps d'échanges avec nos partenaires fonctionnent sur le même principe tels que la réunion concernant les mineurs (avec l'encadrement pénitentiaire, les magistrats, les éducateurs de la

Protection Judiciaire de la Jeunesse et l'Education Nationale), et la réunion concernant les profils sensibles et médiatiques (avec l'encadrement pénitentiaire, le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation, et les Binômes de soutien de la Mission de Lutte contre la Radicalisation Violente). Ces temps d'échange sont aussi l'occasion de préparer la sortie future des détenus avec nos partenaires du Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation et nos partenaires du monde associatif et judiciaire selon le contexte social des patients et leur degré d'autonomie.

Une autre particularité de l'exercice de la psychiatrie en milieu pénitentiaire est l'impossibilité de garder secret le nom de la personne qui consulte au SMPR et/ou au CSAPA dans la mesure où les mouvements des détenus dans la maison d'arrêt sont contrôlés par l'encadrement pénitentiaire. De même, lorsqu'une personne détenue est transférée à l'UHSA ou en hôpital de proximité, l'administration pénitentiaire sait où se trouve la personne détenue.

Bien que les missions du Pôle 67P16 soient différentes de celles de ses partenaires, la responsabilité de tout mettre en œuvre pour permettre l'accès aux soins des détenus est partagée.

C'est pourquoi nous espérons renforcer nos partenariats par notre programme de sensibilisation.

E) QUE PENSENT LES CHEFS DE SERVICE DES AUTRES SMPR DE FRANCE DE LA SENSIBILISATION A LA CLINIQUE PSYCHIATRIQUE DE NOS PARTENAIRES INSTITUTIONNELS ?

Nous avons effectué une enquête par mail auprès des chefs de service des autres SMPR de France (liste disponible en annexe) afin de connaitre leurs échanges avec leurs

principaux interlocuteurs et leurs avis sur un programme de sensibilisation à destination de ces professionnels.

1) Questionnaire proposé

Nous leur avons soumis les questions suivantes :

- Considérez-vous les interlocuteurs de la psychiatrie de liaison en milieu carcéral cités ci-dessous comme des partenaires de travail ? (Cocher oui ou non et justifier)
    - Administration pénitentiaire
    - Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP)
    - Binômes de soutien (Mission de Lutte contre la Radicalisation Violente)
    - Education Nationale
    - Educateurs PJJ (de la Protection Judiciaire de la Jeunesse)
    - Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires (soins somatiques)
    - Magistrats

- Si un patient vous est signalé par l'un des interlocuteurs cités ci-dessus, lui faites-vous un retour oral ou écrit suite à votre entretien psychiatrique ? (Oui/Non et pour quelle(s) raison(s) ?)

- Est-ce qu'un représentant du SMPR participe aux réunions CPU (Commission Pluridisciplinaire Unique) ? (Oui/Non et pour quelle(s) raison(s) ?)
    - Si oui, quels membres de l'équipe peuvent être amenés à participer aux réunions CPU ?

- Etes-vous conviés à d'autres réunions (« profils sensibles », réunions mineurs…) ? (Oui/Non)
    - Si oui lesquelles ?
    - Y assistez-vous et pourquoi ?

- Pensez-vous qu'un programme de sensibilisation des surveillants à la Psychiatrie pourrait permettre d'améliorer la prise en charge psychiatrique des patients sous écrou ? (Oui/Non et pourquoi ?)

- Avez-vous déjà mis en œuvre une telle formation ? (Oui/Non)
    - Si oui, sous quelle forme ? (Nombre de demi-journées, lieu de formation, personnes formées, thèmes abordés)
    - Si non, envisagez-vous de mettre en œuvre une telle formation ? (Oui/Non)
- Commentaires/Suggestions

2) Réponses

27 questionnaires ont été envoyés le 6 juillet 2018. Nous avons effectué un rappel le 17 septembre 2018 et avons reçu au total 11 questionnaires remplis. Les réponses aux questions concernant les partenariats avec les différents interlocuteurs sont présentées dans l'histogramme ci-dessous.

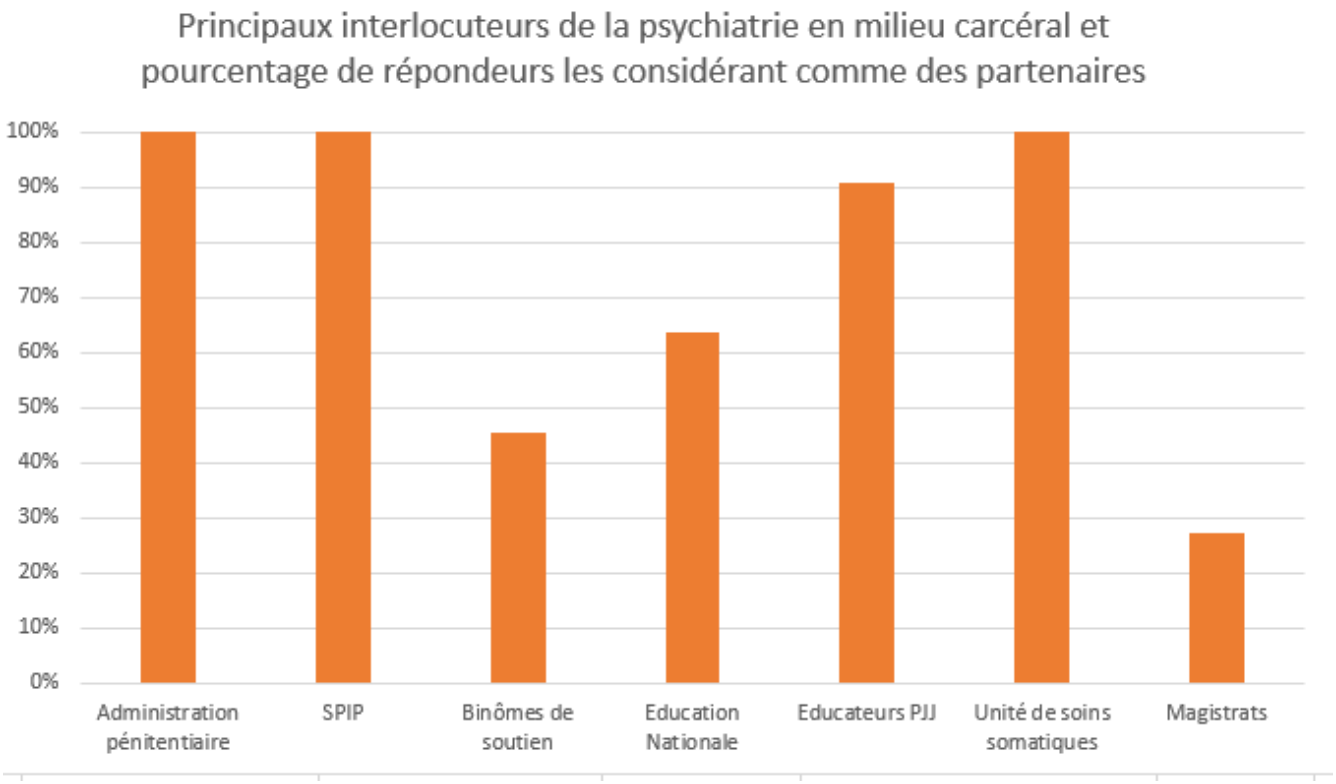

Figure 1. *Principaux interlocuteurs de la psychiatrie en milieu carcéral et pourcentage de répondeurs les considérant comme des partenaires*

Il est à noter d'ores et déjà que 100% des répondeurs considèrent l'Administration Pénitentiaire comme un partenaire de la Psychiatrie en milieu carcéral. Parmi les justifications à cette réponse, nous retrouvons avec une récurrence forte le fait que ces interlocuteurs sont en première ligne pour observer l'attitude des personnes détenues et signaler celles présentant un comportement leur semblant inquiétant. Par ailleurs, certains répondeurs rappellent que les mouvements des détenus sont contrôlés par les agents pénitentiaires permettant ainsi aux personnes détenues de se rendre au SMPR et au CSAPA. Ils veillent également à la sécurité des équipes de soins et des détenus lors des prises en charges. L'Administration pénitentiaire et l'équipe de Psychiatrie ont des missions différentes mais interviennent auprès des mêmes personnes.

Le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation est également considéré comme un partenaire par 100% des répondeurs au questionnaire. La majorité des participants soulignent que ces professionnels apportent des informations sur la situation socio-professionnelle et familiale des détenus qui sont indispensables à l'élaboration de projets de soins adaptés à nos patients. Ils précisent également que les conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation (CPIP) ont notamment pour mission de préparer la sortie des détenus après leur levée d'écrou. Ce partenariat, nous garantit que les patients puissent quitter la maison d'arrêt avec un soutien à la fois thérapeutique et social (liens avec les services sociaux et la Psychiatrie de secteur en milieu libre). Les SMPR collaborent également à l'organisation de permissions à l'extérieur de la Maison d'Arrêt. Comme le précisent nos collègues des autres SMPR de France, ces démarches permettent aux détenus une meilleure projection dans l'avenir et ont de ce fait un impact non négligeable sur leur santé mentale. Le bureau du CPIP est également le lieu où le détenu apprend de mauvaises nouvelles venant de l'extérieur et qui peuvent avoir des répercussions négatives sur son humeur. Il est de ce fait fréquent que les CPIP soient amenés à nous signaler des personnes détenues au décours de ces entretiens.

Les avis sont mitigés concernant les binômes de soutien de la Mission de Lutte Contre la Radicalisation Violente. Les « non » l'emportent à 54,55% contre 45,45% de « oui ». Les personnes ayant répondu « non » justifient leur réponse par le fait que ces interlocuteurs ont des missions sans point d'articulation avec les nôtres. Celles ayant répondu « oui » mentionnent que ces professionnels peuvent être amenés à nous signaler des détenus présentant un comportement inquiétant et ce au même titre que les autres interlocuteurs travaillant à la maison d'arrêt.

Concernant l'Education nationale, 63,64% des participants au questionnaire répondent « oui » dans la mesure où ces professionnels peuvent également être amenés à nous signaler des détenus et en particuliers des personnes mineures. 36,36% répondent « non » justifiant leur réponse par le fait que nos missions sont différentes.

En ce qui concerne la Protection judiciaire de la jeunesse 90,91%, soit la grande majorité des répondeurs, considèrent les éducateurs de la PJJ comme des partenaires et ce pour les mêmes raisons que les Conseillers Pénitentiaires d'Insertion et de Probation (élaboration d'un projet de sortie, environnement familial, recueil d'informations précieuses sur la situation socio-éducative et l'environnement familial du mineur). Les 9,09% ayant répondu « non » n'ont pas justifié leur réponse.

Les chefs de service des autres SMPR de France considèrent à l'unanimité que l'Unité de Consultations et de soins Ambulatoires (soins somatiques) est un partenaire de la Psychiatrie en milieu pénitentiaire. La plupart précisent d'ailleurs que, par leur mission soignante, les professionnels de l'équipe de soins somatiques constituent les premiers partenaires de la Psychiatrie en milieu carcéral. La majorité des patients bénéficient d'un suivi par les deux unités de soins. Les équipes des deux services doivent impérativement avoir connaissance des antécédents médicaux et des traitements médicamenteux, aussi bien somatiques que psychiatriques des patients pour pouvoir leur proposer une prise en charge adéquate. A la Maison d'Arrêt de Strasbourg, les médecins du pôle 67P16 et de l'UCSA prescrivent les traitements médicamenteux sur un logiciel unique (DX Care), ce qui leur permet de connaitre tous les traitements pris par chaque patient et de pouvoir prendre en considération d'éventuelles interactions médicamenteuses. Par ailleurs, comme l'ont précisé la plupart des participants au questionnaire, sont régulièrement rencontrés des patients chez lesquels

s'observent des comorbidités psycho-organiques, des symptômes d'allure psychiatrique d'origine somatique ou l'inverse. Une communication claire et fluide entre les deux équipes soignantes s'impose.

Enfin, 72,73% des répondeurs ne considèrent pas les magistrats comme des partenaires en raison de l'indépendance santé/justice et du peu d'interaction entre les deux corps de métiers. Les 27,27% ayant répondu « oui » souhaitent les sensibiliser à la fragilité psychique des patients psychiatriques afin que la procédure pénale puisse évoluer dans un sens qui tiendrait compte de cette vulnérabilité psychique.

A la question « si un patient vous est signalé par l'un des interlocuteurs cités ci-dessus, lui faites-vous un retour oral ou écrit suite à votre entretien psychiatrique ? », 45,45% des participant répondent « oui » pour signifier à l'interlocuteur que son signalement a été pris en compte et, a été traité pour lui communiquer d'éventuelles préconisations tout en veillant au respect du secret professionnel. Un participant a également mis l'accent sur les risques psycho-sociaux liés à la profession de surveillant pénitentiaire. De nombreux agents expliquent ne pas savoir quelle attitude adopter face à certains détenus présentant un risque de passage à l'acte auto et/ou hétéro-agressif. Selon lui, une communication efficace entre les professionnels de santé et l'encadrement pénitentiaire ainsi qu'une formation de base à la clinique psychiatrique contribuerait à diminuer ces risques psychosociaux liés à leur métier. Par ailleurs, la réduction des risques psychosociaux liés à la profession de surveillant contribuerait également à améliorer les prises en charge psychiatriques des détenus. Comme le rappelle A.H Boudoukha et ses collaborateurs de l'Université de Nantes, « un surveillant « en santé » sera plus à même d'offrir une relation structurante et constructive aux personnes

incarcérées » [45]. 45,45% des participants répondent « non » en raison de l'indépendance santé/justice. 9,09% répondirent à la fois « oui » et « non » selon le contexte dans lequel le patient est signalé.

En ce qui concerne la participation aux CPU (Commission Pluridisciplinaire Unique), 100% des participants affirment qu'un représentant du SMPR y participe. Il s'agit la plupart du temps du cadre de pôle ou de santé, d'infirmiers, et parfois de psychiatres, essentiellement pour le recueil d'informations, notamment sur les détenus présentant un risque suicidaire, et pour la stimulation des échanges et réflexions sur ces personnes détenues considérées à risque. Quelques répondeurs affirment ne se rendre qu'aux CPU traitant du risque suicidaire.

Tous sont également conviés à d'autres réunions : concernant les mineurs, des réunions intitulées « Debrief suicide », la Commission Santé/Justice, des discussions sur certains profils spécifiques. Un des SMPR sondé organise également une réunion de fonctionnement avec la direction de l'établissement pour échanger sur les projets et l'aménagement des locaux, afin de renforcer leur partenariat dans l'intérêt des patients.

Enfin, 90,91% des personnes sondées pensent qu'un programme de sensibilisation à destination des surveillants contribuerait à l'amélioration des prises en charge psychiatriques des détenus. Un commentaire libre récurent est qu'une formation de base sur les troubles psychiatriques permettrait à nos interlocuteurs de repérer et de signaler les détenus concernés qui accèderaient ainsi plus aisément aux soins. Certains ajoutent également qu'un minimum de sensibilisation leur donnerait les outils nécessaires pour qu'ils soient en mesure d'entrer en contact avec les détenus atteints de troubles psychiatriques. 9,09% répondent à la fois « oui » et « non » : « oui » pour les raisons précédemment évoquées et « non » car les

surveillants, même sensibilisés, n'ont pas de mission soignante et ne participent pas à la prise en charge psychiatrique à proprement parler.

Tous ont toutefois déjà mis en œuvre ou envisagé d'élaborer une formation à destination des surveillants. Certains proposent une douzaine de demi-journées par an à l'occasion desquelles une vingtaine de personnes seraient formées par sessions. D'autres proposent une journée de formation par an lors de laquelle un grand nombre de partenaires seraient formés. Un des SMPR sondés propose des sensibilisations courtes mais régulières (30 minutes par semaine). Certains organisent des formations exclusivement dédiées à la prévention du risque suicidaire. Quelques répondeurs précisent envisager le recours à des supports vidéo pour leurs sessions futures.

Dans certaines villes, l'Administration pénitentiaire organise en réciproque des journées de formation à destination des soignants (sur la sécurité, les missions de la prison, visite guidée des locaux…).

3) Trouver le juste milieu entre concertation et collusion

Comme les participants au questionnaire l'ont rappelé à travers leurs réponses, les équipes de soins et l'encadrement pénitentiaire ont bénéficient de formations très différentes et n'ont pas les mêmes missions au sein de la prison. Si la mission de l'encadrement pénitentiaire est sécuritaire, celle des équipes de psychiatrie est soignante et ces deux équipes de professionnels sont très clairement indépendantes l'une de l'autre depuis la loi du 18 Janvier 1994. Ainsi que le soulignent Olivier Vanderstukken et ses collaborateurs dans un article paru en 2015 *Professionnels de la psychiatrie et de la pénitentiaire, le poids des représentations sociales : penser une articulation sans collusion et clivage* les rencontres entre ces deux

équipes « peuvent donner lieu à de possibles dérives, allant de la confusion/collusion au clivage ». Les échanges se retrouvent fréquemment parasités par les représentations sociales de chacun [46]. Les professionnels de santé mentale sont souvent jugés trop crédules par les agents pénitentiaires dont manque de connaissances en matière de clinique psychiatrique les amène parfois à penser que les professionnels de psychiatrie excusent trop volontiers les comportements inappropriés de certains détenus. Les surveillants, méconnaissant la réalité des troubles psychiatriques avérés, expliquent des attitudes bizarres ou anormales par de simples traits de caractère. Ces idées reçues se doublent parfois d'un sentiment d'injustice (droit d'accès des détenus à certains services dont la population générale se sent exclue) [47,48]. Paradoxalement, les agents pénitentiaires demandent fréquemment aux professionnels de psychiatrie de prescrire des traitements médicamenteux à de nombreux détenus présentant un comportement « bruyant », même quand cela s'inscrit dans un trouble de la personnalité dyssociale, qu'ils associent eux-mêmes à un trait de caractère non pathologique. Cette ambivalence des surveillants s'explique notamment par leur manque de connaissances sur les troubles psychiatriques, ce qui les met quotidiennement à mal dans l'exercice de leur métier. Aux États-Unis, la NAMI-Indiana (National Alliance on Mental Illness de l'Indiana) a mis en place un programme de sensibilisation à la Psychiatrie de 10h à destination de l'encadrement pénitentiaire. Il s'en est suivie une diminution significative du nombre d'évènements indésirables en détention [49]. Dans un article paru en 2014, le chercheur américain Joseph D. Galaneck a constaté, après 430h d'observations et d'interviews dans une prison de haute sécurité de l'Oregon, que la sécurité était renforcée et que les rapports entre détenus et agents pénitentiaires bien meilleurs quand ces derniers étaient formés à détecter symptômes psychiatriques et connaissaient les conduites à tenir, le cas échéant [50]. Nous pensons également qu'un programme de sensibilisation améliorera

notablement l'accessibilité aux soins des personnes détenues en renforçant le partenariat entre équipes sanitaires et encadrement pénitentiaire. L'un des répondeurs au questionnaire a très justement rappelé la définition du mot « partenaire » au sens que nous lui attribuons ici. Il s'agit de celle proposée par le dictionnaire français *Larousse* à savoir « personne, groupe, pays avec lesquels on est en relation à l'intérieur d'un ensemble social, économique, etc… » [51]. Cette notion est donc précise et suggère que des individus partenaires ne sont pas nécessairement collègues, « collègue » dont la définition est « celui ou celle qui, à l'intérieur d'une institution publique ou privée, est revêtu de la même fonction ou de la même charge que d'autres » [52]. Les professionnels de la Psychiatrie et de la Pénitentiaire appartiennent à des institutions différentes et n'ont pas les mêmes missions. Ils ne sont pas collègues. Cependant, la promotion de santé est « le point de rencontre et d'articulation » entre l'encadrement pénitentiaire et les équipes de santé, dans le respect du « seuil informatif tolérable pour chaque intervenant » [46]. Un programme de sensibilisation se doit de cibler ce point d'intersection entre les deux corps de métiers.

Par analogie avec la médecine somatique, nous pourrions comparer un programme de sensibilisation à la psychiatrie avec une formation aux premiers secours proposée par des urgentistes. Une telle formation n'a pas vocation à transformer les participants en professionnels de la médecine d'urgence mais de contribuer à améliorer la prise en charge des patients par le SAMU en sensibilisant la population générale sur la conduite à tenir en amont de l'arrivée des secours (exemples : comment reconnaître les prodromes d'un Accident Vasculaire Cérébral ? Que faire quand on est le premier sur les lieux d'un malaise ? Quelles informations permettent aux les médecins régulateurs de mieux évaluer le degré d'urgence ?). De la même manière, il ne peut être demandé aux agents pénitentiaires de se substituer aux professionnels de santé mentale mais, il doit leur être proposé d'acquérir les connaissances

leur permettant de contribuer indirectement à l'amélioration de la prise en charge psychiatrique des détenus en étant sensibilisé à la conduite à tenir en amont d'interventions spécialisées. Le pôle 67P16 propose à cet effet un programme de sensibilisation, sans nécessité de prérequis, et adapté à la réalité professionnelle de ses partenaires institutionnels.

Nous allons à présent relater l'élaboration et la mise en œuvre de ce programme.

II) ELABORATION DU PROGRAMME

A) OBJECTIF

L'objectif principal de cette formation est d'améliorer les prises en charge psychiatriques des personnes détenues à la Maison d'Arrêt de Strasbourg :

- En permettant aux professionnels situés dans l'environnement des détenus d'acquérir une meilleure connaissance des troubles psychiques,
- Par un programme adapté au public concerné et évolutif,
- De façon à renforcer nos partenariats pour un meilleur accompagnement des personnes détenues présentant des troubles psychiques,
- A la demande des partenaires institutionnels et de la Direction de la maison d'arrêt de Strasbourg afin qu'ils puissent exercer de façon plus sereine leur profession dans le

cadre de laquelle ils côtoient quotidiennement des personnes atteintes de troubles psychiques (sans pour autant qu'ils ne se substituent aux professionnels de santé mentale).

- L'intérêt est, en outre, pour nos partenaires, de valoriser leurs acquis d'expérience professionnelle, et de relier leurs connaissances empiriques à des apports théoriques.
- Il leur est de plus loisible de nous aider à améliorer les outils de communication, notamment le formulaire de signalement. En effet, les observations des agents se trouvant dans l'environnement immédiat du détenu sont d'une aide précieuse pour orienter les professionnels du pôle 67P16 dans leurs démarches diagnostiques et thérapeutiques.
- Un des objectifs d'importance de cette formation est d'améliorer la prévention des risques suicidaires en milieu carcéral.

B) PROJET PEDAGOGIQUE

Pour atteindre cet objectif, notre projet pédagogique vise à permettre au public d'acquérir, sans nécessité de prérequis, les connaissances et savoir-faire suivants :

- Être sensibilisé à la Psychiatrie de service public (Psychiatrie de secteur, soins sans consentement, secret médical et secret partagé, responsabilité/irresponsabilité pénale, …) ;
- Connaître le fonctionnement du SMPR et du CSAPA de la Maison d'arrêt de Strasbourg ;
- Savoir repérer et signaler une personne détenue présentant un risque suicidaire ;
- Connaître l'abord psychiatrique d'une conduite à tenir en cas d'agitation ;
- Comprendre en quoi les troubles du comportement ne sont pas tous d'origine psychiatrique ;

- Savoir repérer les prodromes et les signes manifestes des principaux tableaux cliniques psychiatriques rencontrés en prison (syndrome dépressif, troubles psychotiques, troubles des conduites instinctuelles, troubles anxieux) et connaitre la conduite à tenir ;
- Connaître les principaux troubles de la personnalité ;
- Développer ses capacités d'empathie, d'écoute et de réassurance ;
- Disposer de notions de base en addictologie ;
- Savoir quand et comment signaler ;
- Découvrir l'hospitalisation en Psychiatrie générale par la visite guidée et commentée d'une unité de soins à l'EPSAN.

C) PUBLICS

A la demande expresse de la Direction de la maison d'arrêt de Strasbourg, les publics à former en priorité sont les suivants :

- Les surveillants du SMPR ;
- Les surveillants des Quartiers Disciplinaire et d'Isolement ;
- Les surveillants du Quartier Arrivant ;

De par leur lieu d'exercice au sein de la maison d'arrêt, les surveillants du SMPR côtoient quotidiennement les patients que nous suivons.

Par ailleurs, une forte densité de personnes détenues atteintes de troubles psychiques occupe les Quartiers Disciplinaire et d'Isolement.

Enfin, dans la mesure où les surveillants du Quartier Arrivant sont les premiers interlocuteurs que rencontrent les personnes détenues en franchissant la porte de la maison d'arrêt, il est

indispensable que ces agents puissent développer des compétences de repérage, d'empathie et de réassurance.

Afin d'optimiser la prise en charge psychiatrique des détenus, nous avons décidé d'étendre cette formation à l'ensemble de nos partenaires institutionnels de sorte que chaque professionnel amené à côtoyer les personnes détenues pourra, s'il est sensibilisé, apporter sa contribution à l'amélioration de l'offre de soins psychiatriques à la maison d'arrêt de Strasbourg.

Les autres partenaires concernés, à la maison d'arrêt de Strasbourg et en dehors, sont :

- La Direction de la maison d'arrêt de Strasbourg ;
- Les officiers gradés ;
- Les conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation (CPIP) ;
- Les professionnels de l'Unité de Consultation de Soins Ambulatoires (soins somatiques) : médecins, infirmiers et surveillants ;
- Les enseignants ;
- Les surveillants du Quartier Mineur ;
- Les éducateurs de la Protection Judiciaire de la Jeunesse ;
- Les binômes de soutien (Mission de Lutte contre la Radicalisation Violente) ;
- Les magistrats ;
- Les structures médico-sociales (centres de cure et de post cure, partenaires des CSAPA autres que celui du pôle 67P16) ;
- Le secteur associatif en lien avec l'institution pénitentiaire.

D) UN ENSEIGNEMENT OBLIGATOIRE : POURQUOI ?

Afin d'optimiser la prise en charge psychiatrique des personnes détenues, il est nécessaire que tous les professionnels les côtoyant soient sensibilisés. Si seuls les professionnels volontaires l'étaient, cela constituerait une perte de chance pour les détenus au contact d'agents n'ayant pas bénéficié de cet enseignement. Ce programme est aussi l'occasion de démystifier et de déstigmatiser la Psychiatrie de sorte que même les professionnels ayant des a priori sur cette spécialité médicale puissent porter un autre regard sur la maladie mentale et les détenus qui en sont atteints.

E) CONVENTIONS BI PARTITES

La mise en œuvre de ce programme a nécessité l'élaboration et la signature de conventions bipartites. Les conventions signées en priorité ont été les suivantes :

- ✓ EPSAN – Maison d'Arrêt de Strasbourg (pour la formation des professionnels de l'encadrement pénitentiaire)
- ✓ EPSAN – Education Nationale (pour la formation des enseignants)
- ✓ EPSAN – Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (pour la formation des professionnels de l'unité de consultation et de soins ambulatoires somatiques)
- ✓ EPSAN – Justice (pour la formation des éducateurs PJJ et des magistrats)

F) FINANCEMENT

- Essentiellement par la Direction de la Maison d'Arrêt de Strasbourg.

- Accessoirement par l'Education Nationale, les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg et la Justice.
- Coût de la formation : 200 Euros nets TTC par session par personne formée.

Détail des coûts	**Par jour**	**Par stagiaire pour une session (2 jours)**
Frais pédagogiques	**70 €**	**140 €**
Frais logistiques : -Mise à disposition de la salle, équipement	**11.20 €**	**22.40 €**
-Repas des stagiaires	**11.80 €**	**23.60 €**
-Frais de gestion administrative	**7 €**	**14 €**

Figure 2. *Détail des coûts de la formation*

G) INTERVENANTS

Les intervenants sont les professionnels du pôle 67P16. Ils effectuent leurs interventions sur leur temps de travail. De par leur lieu d'exercice, ces intervenants connaissent le fonctionnement de l'institution carcérale et les conditions de travail de leurs partenaires. Ils peuvent ainsi adapter leur programme à la réalité professionnelle de ces derniers.

Pour les deux premières sessions, il s'agissait des professionnels suivants :

- Docteur Jean-Christophe Coujitou- Praticien Hospitalier, Psychiatre, chef du pôle 67P16 ;
- Madame Ingrid Ullmann – Cadre Supérieure de Santé du pôle 67P16 ;

- Docteur Agnieszka Kolodziejczyk – Praticien Hospitalier, Psychiatre, responsable de l'hébergement thérapeutique du SMPR ;
- Docteur Thierry Royer – Praticien Hospitalier, Psychiatre et addictologue, responsable du CSAPA ;
- Madame Pauline Jumeau – Interne en Psychiatrie ;
- Monsieur Jeremy Herzog – Interne en Psychiatrie ;
- Madame Christelle Risch – Interne en Psychiatrie ;

H) SESSIONS D'ENSEIGNEMENT : DUREE, POSITIONNEMENT CALENDAIRE, FREQUENCE ET NOMBRE DE PARTICIPANTS

1) Durée

Nous proposons 4 demi-journées d'enseignement théorique de 3h30 à 4h chacune. Chaque session compte au total 15h d'enseignement.

2) Positionnement calendaire

Les sessions se déroulent sur deux jours consécutifs avec une préférence pour les lundis et mardis (début de semaine, donc participants reposés et réceptifs).

3) Fréquence

Une session par trimestre.

4) Nombre de participants par session

Nous formons des petits groupes de 15 à 20 personnes pour favoriser l'interactivité des sessions.

Nous formons ainsi en moyenne 80 personnes par an.

Selon nos estimations, au total, environ 400 professionnels de la maison d'arrêt de Strasbourg bénéficieront de la formation.

I) LIEU DES SESSIONS D'ENSEIGNEMENT : LE SITE DE BRUMATH DE L'EPSAN

En choisissant un hôpital comme lieu de formation, nous permettons aux participants de découvrir l'institution psychiatrique et nous les sensibilisons plus aisément à son fonctionnement.

Les cours se tiennent dans un amphithéâtre fraichement rénové destiné aux formations.

Un temps de pause à la cafétéria de l'Hôpital, lieu de convivialité pour les patients et leurs familles, contribue à la déstigmatisation de la maladie mentale auprès des partenaires.

Les déjeuners ont lieu dans la salle « VIP » du restaurant du personnel. Les cadres de pôle et de Santé des unités fermées sont également conviés pour échanger avec les participants avant de leur proposer une visite guidée et commentée des unités concernées.

J) VISITE GUIDEE ET COMMENTEE D'UNE UNITE FERMEE ET D'UNE CHAMBRE DE SOINS INTENSIFS

A chaque session, une visite guidée et commentée d'une unité fermée est proposée par les cadres de Pôle et de Santé des services concernés. Pour favoriser les échanges entre

participants et professionnels de santé, nous divisons le groupe de la session en trois petits groupes que nous répartissons dans trois unités fermées différentes.

Cette visite est l'occasion pour les professionnels de la maison d'arrêt de mieux comprendre le fonctionnement d'un service de psychiatrie, et plus précisément d'une unité accueillant des patients hospitalisés sous contrainte (ce qui est le cas des détenus transférés de la Maison d'arrêt de Strasbourg vers l'EPSAN pour une hospitalisation à temps complet).

Sous réserve de sa faisabilité, la visite d'une chambre de soins intensifs (CSI) leur est également proposée.

Cette visite leur permet également de mieux cerner les restrictions liées au double statut de patient-détenu (en raison du risque d'évasion, de communications avec l'extérieur et de visites) devant être prises compte par les équipes de santé mentale et parasitant la dispensation des soins.

K) UTILISATION DE SUPPORTS VIDEO POUR PERMETTRE AU PUBLIC DE MIEUX APPREHENDER LA CLINIQUE PSYCHIATRIQUE

Certaines thématiques sont introduites par le biais de vidéos de cas cliniques afin de proposer des exercices interactifs au public. Nous demandons aux participants de prendre des notes pendant les projections pour pouvoir ensuite échanger avec eux sur les signes cliniques qu'ils ont pu repérer par eux-mêmes, les compléter avec l'ensemble du tableau clinique et les apports théoriques correspondants. Les chapitres concernés sont ainsi abordés sous forme de discussions-synthèses autour de projections vidéo.

A cette fin, nous avons numérisé des cassettes VHS des années 1990 que le Docteur Michel Le Gal, psychiatre à l'EPSAN, ancien chef de Pôle du secteur 67G04, a eu l'amabilité de nous prêter. Les

patients avaient été filmés aux hôpitaux spécialisés de Rouffach et de Hoerdt (association ADRIV n'étant plus active à ce jour : Association pour le Développement de la Recherche en Information Vidéo, fondée par le Docteur Le Gal à l'époque). Les vidéos étaient utilisées pour la formation des internes en psychiatrie et les préparations au concours de praticien hospitalier en psychiatrie. Les patients avaient bien sûr donné leur accord pour que ces vidéos soient utilisées à des fins pédagogiques et des noms fictifs leurs sont attribués dans les films. Néanmoins, pour des raisons éthiques, nous demandons en début de session à chaque participant de remplir et signer un engagement sur l'honneur de respect du secret professionnel (en annexe).

L) PROGRAMME

Le programme est composé d'un module d'enseignement général auquel s'ajoute un module d'enseignement spécifique selon le public de la session concernée. Lors d'une même session, nous invitons des professionnels concernés par des problématiques proches (éducateurs PJJ et surveillants du quartier mineur par exemple)

1) Module d'enseignement général

a) Première partie du module d'enseignement général (une demi-journée de 4h) : Sensibilisation à la psychiatrie de service public et focus sur sa pratique par le pôle 67P16 à la Maison d'Arrêt de Strasbourg

- ***Qu'est-ce que la Psychiatrie et comment est-elle arrivée dans les prisons françaises ?***

(Focus sur la création des SMPR et la loi du 18 Janvier 1994)

- ***Notions de responsabilité/ irresponsabilité pénale et non-lieu***
- ***Présentation du pôle 67P16 (SMPR et CSAPA) :***
  - Champ de compétences ;
  - Composition et missions de l'équipe pluri professionnelle.

- ***<u>Vidéo-discussion</u>*** : ***La conduite de l'entretien psychiatrique***

  - « Parcours patient » au sein du pôle 67P16 :
    - ✓ Architecture d'une prise en charge ;
    - ✓ Soins de niveau 1 : Prises en charge ambulatoires (consultations et sociothérapie) ;
    - ✓ Soins de niveau 2 : Présentation de l'hébergement thérapeutique du SMPR ;
    - ✓ Relais vers les soins de niveau 3 : éclairage sur les modalités d'hospitalisation en Psychiatrie (soins libres et soins sans consentement) et présentation de l'UHSA de Nancy

- ***Explication du concept de sectorisation***

  (Exemple de la psychiatrie publique dans le Bas-Rhin et présentation de l'EPSAN)

- ***Partenariats du pôle 67P16 au sein de la maison d'arrêt et en dehors***
- ***Mise au point sur le secret médical et le secret partagé***

b) Deuxième partie du module d'enseignement général (Durée : 10 Heures s'étalant sur 3 demi-journées) : Initiation à la clinique psychiatrique : acquisition de connaissances théoriques et pratiques appliquées au milieu carcéral

❖ ***En introduction : la notion d'empathie :***

- Bienveillance, écoute, compréhension, disponibilité, réassurance : comment développer ces capacités ?
- Notions de distance professionnelle et de distance thérapeutique
- Gestion de la mauvaise nouvelle, la problématique du deuil en milieu carcéral

❖ ***Check List de la psychiatrie en milieu carcéral***

Eléments à rechercher en entretien (antécédents, biographie, éléments cliniques, la personne détenue et l'environnement carcéral).

- Distribution de « fiches mémo ».
- Cette *Check List* est destinée à servir de base à l'évocation des différentes pathologies.

❖ ***Troubles du comportement***

- ***Troubles du comportement les plus fréquemment rencontrés et leurs causes possibles (exemples) :***
  - *Causes psychiatriques*
  - *Causes non psychiatriques (organiques)*

- ***Focus sur l'agressivité***
    - ***Auto agressivité :***
        - ✓ *Idées de suicide énoncées*
        - ✓ *Conduites suicidaires*
        - ✓ *Passage à l'acte suicidaire effectif*
        - ✓ *Auto agressivité non suicidaire (scarification par exemple)*
    - ***Hétéro agressivité :***
        - ✓ *Verbale*
        - ✓ *Menaces de passage à l'acte*
        - ✓ *Passages à l'acte effectifs*

- ***L'abord psychiatrique d'une conduite à tenir en cas de trouble du comportement à type d'agitation psychomotrice***

➢ ***<u>Vidéo-Discussion</u> : Troubles anxio-dépressifs***

❖ ***Troubles anxieux :***

- Crise d'angoisse aigue et attaque de panique (sidération et agitation)
- Comportements phobiques
- Syndrome de Stress Post Traumatique

❖ ***Syndrome dépressif : synthèse***

- ***<u>Vidéo-Discussion</u> : Troubles bipolaires : caractéristiques des accès maniaques et mélancoliques***

❖ ***Conduites suicidaires et repérage du risque de passage à l'acte.***

❖ ***Troubles organiques d'allure psychiatrique.***

❖ ***Qu'est-ce qu'un trouble de la personnalité ?***

- ***<u>Vidéo-Discussion</u> : Psychose déficitaire***

❖ ***Troubles psychotiques :***

- Définition
- Syndrome délirant : comment repérer et caractériser un délire ?
- Phénomènes hallucinatoires
- Syndrome délirant aigu
- Qu'est-ce que la schizophrénie ? Définition, différences par rapport aux délires chroniques non schizophréniques (opposition aux délires paranoïaques)
- Idées de persécution en milieu carcéral (vécu persécutif en lien avec l'environnement carcéral versus idées délirantes de persécution)
- Conseils pour s'entretenir avec une personne atteinte de troubles psychotiques : importance du choix de la posture, de l'attitude, de la mimique, de la voix et des mots

❖ ***Troubles des conduites instinctuelles :***

- Troubles du sommeil et de l'appétit
- Troubles des conduites sexuelles

❖ ***Notions de base en Addictologie***

❖ ***Troubles des conduites à l'adolescence.***

❖ ***Formulaires de signalement :*** Cahier des charges pour une rénovation de la procédure de signalement et modalités de réponses du pôle 67P16

2) Module d'enseignement spécifique (1 heure)

Selon le public de la session concernée, certaines thématiques du module d'enseignement général seront davantage détaillées et d'autres chapitres plus spécifiques seront proposés :

- **Surveillants du SMPR et des Quartiers Disciplinaire et d'Isolement** :
  - ✓ Raptus psychotique ;
  - ✓ Dangerosité criminelle versus dangerosité psychiatrique.

- **Surveillants du Quartier Arrivant :**
  - ✓ Choc carcéral ;
  - ✓ Deuil d'une vision de soi pré carcérale.

- **Officiers gradés ; Direction de la Maison d'Arrêt de Strasbourg ; CPIP ; Professionnels de l'USN1-DSS (unité de soins somatiques)**

- ✓ Modèle de prise en charge psychiatrique ;
- ✓ Addictologie au CSAPA du pôle 67P16 ;
- ✓ Diagnostics différentiels des troubles psychiatriques et somatiques (syndrome psycho organiques et troubles d'allure psychiatrique d'origine organique) ;
- ✓ Préparation à la sortie et difficultés de réinsertion des patients présentant des troubles psychiatriques.

- **Enseignants ; surveillants du Quartier mineur et éducateurs de la Protection Judiciaire de la Jeunesse**
  - ✓ Spécificités de la puberté et de l'adolescence.

- **Binômes de soutien (Mission de Lutte contre la Radicalisation Violente), magistrats**
  - ✓ Diagnostic différentiel entre troubles de la personnalité paranoïaque et délires paranoïaques ;
  - ✓ Dangerosité criminelle versus dangerosité psychiatrique.
- **Professionnels de l'USN1-DSS (UCSA : unité de soins somatiques)**
  - ✓ Diagnostics différentiels des troubles psychiatriques et somatiques
  - ✓ Addictologie au CSAPA

M) FOCUS SUR LES PRINCIPALES THEMATIQUES CHOISIES

1) Sensibilisation à la Psychiatrie de service public et focus sur sa pratique par le pôle 67P16 à la Maison d'Arrêt de Strasbourg

Avant d'initier nos partenaires à la clinique psychiatrique, nous tenons à les sensibiliser à la Psychiatrie de service public et à sa pratique au sein du pôle 67P16. Les professionnels de la Maison d'Arrêt peuvent ainsi avoir une vision globale du fonctionnement du pôle et de son articulation avec l'UHSA et la psychiatrie de droit commun afin que nos échanges soient facilités et nos partenariats renforcés.

Après avoir expliqué comment la Psychiatrie est entrée dans les prisons françaises, nous détaillons la notion d'irresponsabilité pénale afin qu'ils comprennent pourquoi certaines personnes atteintes de troubles psychiatriques sont responsabilisées et incarcérées malgré leurs pathologies.

Nous relatons ensuite le parcours de soins type d'un détenu incarcéré atteint de troubles psychiatriques (présentation du pôle 67P16, comment un détenu devient patient du pôle, architecture d'une prise en charge, soins de niveau 1, de niveau 2 et relais vers les soins de niveau 3). Nous attirons particulièrement leur attention sur les deux principes directeurs prédisposant à l'organisation des soins à la Maison d'Arrêt (consentement du détenu pour des soins délivrés *intra-muros* et loi du 18 janvier 1994).

Nous mettons également l'accent sur la notion de secret médical. Lors des temps d'échanges avec l'encadrement pénitentiaire (réunions de rapport, CPU…), il nous est parfois demandé d'apporter des précisions cliniques et surtout diagnostiques sur nos patients, demandes auxquelles nous ne pouvons répondre pour des raisons éthiques,

déontologiques et légales. Ceci est légitimement source de frustration pour nos partenaires d'où la nécessité de les éclairer formellement sur cette notion.

Par ailleurs, avant d'expliquer l'architecture d'une prise en charge au Pôle 67P16, nous projetons la vidéo d'une première consultation psychiatrique. Il s'agit d'une patiente présentant un syndrome dépressif dans un contexte de trouble de la personnalité histrionique. L'objectif de cette projection n'est pas d'approfondir l'étude du trouble de la personnalité mais de permettre à nos partenaires de comprendre en quoi consiste un entretien psychiatrique. Dans les représentations de nos partenaires, un entretien psychiatrique est synonyme de discussion. Par cette vidéo, ils peuvent constater que même si un entretien psychiatrique se mène sur le ton de la conversation, des éléments cliniques précis sont précisément recherchés. Nous passons ainsi en revue l'ensemble des éléments que nous recherchons en entretien par nos questions et nos observations. Cette vidéo-discussion est également l'occasion d'expliquer le concept de la démarche diagnostique en médecine (identification de symptômes regroupés en syndromes avec la recherche d'une étiologie permettant de définir une pathologie). Nous ne leur demandons en aucun cas de poser des diagnostics mais d'être en mesure de repérer un certain nombre de signes cliniques et de prodromes chez les détenus et, le cas échéant, de nous signaler les personnes concernées.

2) Initiation à la clinique psychiatrique : acquisition de connaissances théoriques et pratiques appliquées au milieu pénitentiaire.

Dans un deuxième temps, nous leur proposons d'entrer dans le vif du sujet avec une initiation à la clinique psychiatrique appliquée au milieu pénitentiaire. Nous abordons un certain nombre d'items utiles à l'exercice de leur profession. Notre ambition est de les amener à la psychiatrie à partir d'éléments qu'ils peuvent être amenés à observer spontanément en détention.

Cet enseignement est dispensé sur trois demi-journées.

a) En prérequis : les notions d'empathie et de distance thérapeutique

L'empathie est un prérequis indispensable pour entrer en communication avec une personne en souffrance. En milieu carcéral, il est essentiel de développer des capacités d'écoute, de bienveillance et de réassurance. Faire preuve d'empathie signifie comprendre les émotions d'autrui sans pour autant les partager avec lui. Cette notion suggère donc de maintenir une certaine distance vis-à-vis de l'autre. Lors de notre pratique médicale en milieu pénitentiaire, nous constatons fréquemment que les surveillants ne maintiennent pas une distance relationnelle suffisante avec les détenus (familiarités, emploi du tutoiement). La plupart du temps à sens unique, le tutoiement des détenus par les agents pénitentiaires s'inscrit tantôt dans un rapport de force, tantôt dans un registre paternaliste. Une fois cette ligne symbolique franchie, il est difficile de restaurer la bonne distance de communication vis-à-vis de personnes détenues aux parcours de vie chaotiques et en quête de modèles identificatoires. Le message que nous transmettons à nos partenaires est qu'adopter une attitude bienveillante n'est pas incompatible avec l'établissement et le maintien d'une distance

professionnelle. C'est en se montrant disponible et à l'écoute qu'ils permettront aux détenus de se confier à eux.

Ce prérequis sur la notion d'empathie nous permet ensuite d'aborder la question de la gestion de la mauvaise nouvelle et du deuil en milieu pénitentiaire.

Nous proposons également un focus sur le choc carcéral afin que nos partenaires aient le réflexe de signaler au pôle 67P16 un détenu nouvellement incarcéré présentant un état d'anxiété aigu avec sidération.

b) Check List de la psychiatrie en milieu pénitentiaire

Une fois les notions d'empathie, de distance thérapeutique et de bienveillance acquises, nous distribuons au public une fiche de synthèse intitulée *« Check List de la psychiatrie en milieu pénitentiaire »* qui servira de base à l'évocation des différentes pathologies (également disponible en annexes). Il s'agit d'éléments importants à repérer autour de quatre points cardinaux :

- ✓ Antécédents médicaux de la personne (psychiatriques et somatiques si connus par les agents)
- ✓ Biographie
- ✓ Eléments cliniques
- ✓ La personne détenue et l'environnement carcéral (adaptation au milieu pénitentiaire, relations avec les autres détenus, participation aux activités et aux temps de promenade, travail à l'atelier…)

Cette liste, que nos partenaires peuvent avoir à portée de main en détention, leur servira d'aide-mémoire pouvant être utilisé quel que soient les signes présentés par le détenu.

c) Troubles du comportement : généralités

Nous abordons ici la notion de troubles du comportement au sens large. Ce terme figure souvent dans les signalements écrits que nous adresse l'encadrement pénitentiaire. Pour nos partenaires comme pour la population générale, l'expression « trouble du comportement » est fréquemment synonyme d'agitation et/ou d'agressivité. Notre programme est l'occasion de les éclairer sur cette notion de troubles du comportement qui, dans son acception psychiatrique, est en réalité bien plus vaste qu'ils ne le pensent.

Nous expliquons que les troubles du comportement peuvent être d'ordre qualitatif et/ou quantitatif, en excès, mais aussi par défaut. Les symptômes déficitaires comme l'apragmatisme et le repli sur soi font partie du spectre des troubles du comportement au même titre que l'agitation et l'agressivité. Ces signes cliniques méritent aussi d'être repérés et signalés par nos partenaires de telle sorte que les personnes détenues concernées puissent également accéder aux soins. Ceci est l'un des messages clés de notre programme. Nous mettons également l'accent sur le fait que les troubles du comportement ne sont pas toujours d'origine psychiatrique. En énumérant leurs principales causes psychiatriques et non psychiatriques (en insistant sur les troubles de la personnalité et les causes organiques), nous proposons au public une vision globale de la Psychiatrie (et de ses diagnostics différentiels) avant de l'aborder par pathologies.

d) Abord psychiatrique d'une conduite à tenir en cas d'agitation

En cas d'agitation dépassée, les agents pénitentiaires se réfèrent à des protocoles, issus du registre pénitentiaire et sécuritaire précis et préétablis. Dans ce chapitre, c'est de la prise en charge initiale d'une personne agitée, mais toutefois accessible au dialogue dont il est question. Nous les conseillons sur la conduite à tenir pour entrer en contact avec la personne et tenter de la calmer sans compromettre sa propre sécurité ni celle d'autrui (voix calme, pas de geste brusque, pas d'encerclement…). Nous leur recommandons notamment de ne surtout pas réagir en miroir face à une personne agitée.

e) Troubles anxieux et syndrome dépressif

Nous débutons l'abord de la psychiatrie par pathologies avec la vidéo d'un cas clinique sur l'anxiété et le syndrome dépressif. Il s'agit de l'entretien filmé d'un patient atteint d'un trouble de la personnalité obsessionnelle relatant avec précision et complétude les manifestations anxio-dépressives qu'il a présentées quelques mois avant l'enregistrement. Il évoque également une crise d'angoisse avec agitation extrême ayant nécessité un traitement par voie injectable en urgence associé à une mesure de contention physique lors d'une hospitalisation. Ce témoignage nous permet de sensibiliser le public sur l'existence de nombreuses causes à l'agitation dont l'anxiété et la dépression font souvent partie. Nous mettons également l'accent sur le risque suicidaire associé à une anxiété majeure.

Nous profitons de cette projection pour proposer au public un exercice consistant en la réalisation d'un tableau de trois colonnes pour l'identification, dans le discours du

patient, des éléments relevant de l'anxiété, de la dépression ou des deux troubles simultanément. Nous corrigeons ensuite l'exercice collectivement avant une présentation PowerPoint de synthèse sur les troubles anxieux et le syndrome dépressif.

f) Les troubles bipolaires

Ce thème est également abordé par la vidéo d'un cas clinique. Le film montre la même patiente évoluant sur trois périodes :

- ✓ Une première phase lors de laquelle la patiente est catatonique avec un négativisme moteur, un mutisme et une amimie.
- ✓ Une deuxième phase après trois mois de traitement lors de laquelle elle est euthymique. Durant un entretien, la patiente relate l'épisode qu'elle a vécu trois mois plus tôt et s'en souvient parfaitement. On s'aperçoit alors qu'elle avait présenté à l'époque un épisode mélancolique avec syndrome de Cotard (*« je pensais ne plus avoir de bouche » « à cette époque je croyais ne plus avoir de poumons »*).
- ✓ Une troisième phase durant laquelle la patiente présente un épisode maniaque (probablement un virage sous anti-dépresseur) avec exaltation de l'humeur, logorrhée, fuite des idées, familiarité, ludisme, jeux de mots et port de vêtements colorés. Elle évoque également des comportements à risques, notamment sur le plan médico-légal (achats inconsidérés, conduite de véhicule sans permis).

Nous proposons à nouveau au public un exercice consistant en la réalisation d'un tableau de trois colonnes pour les trois périodes sans en préciser davantage. Nous soulignons uniquement que l'état clinique de la patiente varie d'une phase à l'autre et que lors de la deuxième elle évoque ce qu'elle a vécu dans la première. Ils peuvent alors compléter la première colonne à l'aide des informations apportées par la patiente elle-même dans la deuxième partie de la vidéo.

Comme pour le thème précédent, nous enchaînons avec une correction collective. Nous attirons particulièrement leur attention sur le fait que la patiente se souvient parfaitement de la phase mélancolique qu'elle a traversée malgré qu'elle était alors immobile et mutique. Nous les invitons ainsi à rester vigilant sur les propos qu'ils pourraient être amenés à tenir face à une personne présentant une symptomatologie similaire et semblant totalement coupée de son environnement.

Cette vidéo-synthèse est également l'occasion d'aborder la question des risques médico-légaux chez les patients souffrant de trouble bipolaire.

Ce temps d'échange est suivi d'une présentation PowerPoint de synthèse sur les troubles bipolaires.

g) L'évaluation du risque suicidaire

L'amélioration de la prévention des risques suicidaires en milieu carcéral est une mission que nous partageons avec l'ensemble de nos partenaires et l'un des objectifs d'importance de notre programme de sensibilisation.

L'encadrement pénitentiaire nous signale de façon quasi quotidienne des personnes détenues leur paraissant présenter un risque suicidaire. Les signalements écrits au

sujet de ces détenus se limitent pour la plupart à des énoncés peu informatifs comme « *ne va pas bien »* ou *« a des idées noires »*, sans plus de précision. L'expression *« idées noires »* est très souvent employée par les personnes détenues pour exprimer leur détresse psychique et, par conséquent, figure fréquemment dans les signalements mais ne préjuge pas forcément de la présence d'idées suicidaires. L'équipe pluriprofessionnelle devant impérativement quitter la maison d'arrêt à 18h30, elle dispose d'une plage horaire restreinte pour les entretiens. Il est fréquent que plusieurs patients soient signalés la même après-midi par l'encadrement pénitentiaire. Ceci nous oblige à hiérarchiser, selon le degré d'urgence, l'ordre dans lequel les personnes signalées seront vues en entretien, ce qui n'est pas chose aisée avec des signalements peu précis qui peuvent alors constituer un frein occasionnant une perte de chance pour les détenus nécessitant une prise en charge psychiatrique immédiate. En abordant la question du risque suicidaire, nous transmettons les outils nécessaires pour les aider à signaler les détenus concernés avec davantage de précision et à estimer le délai de réponse attendue de notre part.

Nous débutons ce chapitre par des définitions (idées suicidaires, équivalents suicidaires, tentative de suicide, crise suicidaire). Nous enchaînons avec les facteurs de risque suicidaire selon la classification Rihmer et les sept points clés de l'évaluation du risque suicidaire selon la Haute Autorité de Santé. Nous tentons également de mettre un terme à des idées reçues sur le suicide, telles que la certitude, régulièrement énoncée, que des antécédents de tentative de suicide invalideraient la possibilité d'un prochain passage à l'acte abouti.

Nous insistons également sur la corrélation entre l'anxiété et le risque suicidaire, les changements éventuels de comportements, et la soudaine amélioration apparente des symptômes pouvant s'observer avant un passage à l'acte.

Par ailleurs, nous leur recommandons d'oser demander directement à une personne paressant en détresse si elle présente des idées suicidaires et les rassurons quant au fait que cela ne précipitera pas un passage à l'acte. Nous détaillons aussi les éléments à chercher à l'interrogatoire pour différencier les idées suicidaires avec velléités de passage à l'acte (intention exprimée, scénario) du désir de mort passif sans intention de passer à l'acte (exemple de phrase de personne détenue : *« Je n'ai pas l'intention de me suicider ni de me faire du mal mais parfois je me dis que ce serais mieux si je m'endormais pour ne plus me réveiller »*). Evidemment, dans ces deux situations, les patients signalés seront vus par nos soins mais les signalements de nos partenaires, s'ils sont suffisamment précis, nous permettrons de prioriser les patients à plus haut risque de passage à l'acte. Nous recommandons par ailleurs aux professionnels de la maison d'arrêt de noter sur leurs signalements le numéro de téléphone auxquels ils sont joignables. Ainsi, sur le modèle de ce que réalise le médecin régulateur du SAMU, nous pouvons rapidement obtenir par téléphone des informations complémentaires pouvant nous aider à apprécier le degré d'urgence.

Par ailleurs, les capacités d'écoute et de réassurance nouvellement acquises par nos partenaires contribueront également à réduire les risques suicidaires à la maison d'arrêt.

<u>NB</u> : Le diaporama sur les conduites suicidaires est disponible en annexe pour exemple

h) Troubles organiques d'allure psychiatrique

Quand une personne détenue non connue de la Psychiatrie présente une symptomatologie délirante et/ou hallucinatoire d'apparition brutale, elle est en général signalée par nos partenaires et ce, exclusivement au SMPR. Ceci constitue parfois une perte de temps et de chance pour le détenu s'il s'avère après coup qu'il présente un trouble organique sous-jacent nécessitant une prise en charge urgente. Tout au long de la formation, nous rappelons à nos partenaires que devant un tableau clinique donné, nous ne pouvons poser un diagnostic psychiatrique avant d'avoir éliminé une cause organique.

Dans ce chapitre, nous évoquons les principaux troubles organiques d'allure psychiatrique (syndrome confusionnel, atteinte fronto-temporale) et en énumérons quelques étiologies (diabète, épilepsie, tumeur, encéphalopathie hépatique, traumatisme crânien…). Nous les informons que 60% des personnes détenue ont des antécédents de traumatisme crânien dont les séquelles peuvent se traduire par des troubles du comportement similaire à ceux rencontrés dans le trouble de la personnalité antisociale. De surcroît, ces patients présentent fréquemment des comorbidités épileptiques résultant de ce traumatisme.

Nous ne leur demandons pas d'établir des diagnostics différentiels en détention mais attirons leur attention sur certains signes cliniques en faveur d'un trouble organique (désorientation temporo-spatiale, hallucinations d'apparition brutale en particulier visuelles…) devant les inciter à alerter également en urgence l'équipe de soins somatiques. La finalité de l'abord de cette thématique est de permettre également à l'encadrement pénitentiaire de contribuer à l'amélioration de la prise en charge somatique des patients présentant un trouble organique d'allure psychiatrique.

i) Troubles de la personnalité

Les agents pénitentiaires nous demandent fréquemment d'instaurer un traitement curatif chez des détenus présentant un trouble de de la personnalité antisociale. Le message clé que nous souhaitons leur livrer à travers ce chapitre est qu'un trouble de la personnalité n'est pas une pathologie psychiatrique à proprement parler et qu'il ne revient pas à la psychiatrie de modifier la personnalité d'un individu. Cependant, nous convenons avec eux que ces troubles peuvent être envahissants, source de souffrance et constituer un terrain favorable à l'émergence de pathologies psychiatriques (dépression, troubles anxieux…) et de troubles addictifs.

j) Troubles psychotiques

Les termes *« délire »* et *« propos incohérents »* apparaissent fréquemment dans les signalements écrits de nos partenaires. En général, les symptômes positifs des patients psychotiques sont bien repérés par les agents pénitentiaires. Toutefois, il leur est parfois difficile de différencier des propos incohérents d'une succession de termes crus verbalisés par une personne détenue impulsive et intolérante à la frustration. Nous souhaitons ainsi leur permettre d'être en mesure de reconnaitre des propos incohérents au sens psychiatrique du terme, d'identifier et caractériser rapidement un délire, de comprendre la notion de dissociation et de repérer des phénomènes hallucinatoires. Une fois encore, nous insistons sur l'importance d'éliminer un diagnostic différentiel somatique chez un patient présentant un premier épisode délirant et en particulier s'il présente des hallucinations visuelles.

Tout au long de cette formation, nous mettons un point d'honneur à faire sortir de l'ombre de leur cellule les patients présentant une symptomatologie déficitaire. Pour mettre en images cette notion théorique difficile à appréhender, nous proposons la projection vidéo d'un entretien montrant une patiente souffrant psychose déficitaire. Il s'agit d'une jeune femme de 28 ans présentant un syndrome dissociatif majeur avec troubles du cours de la pensée. On relève alors des réponses à côté et surtout des barrages de plus en plus longs au fur et à mesure que l'entretien se prolonge. Comme pour les thématiques précédentes, nous proposons au public de prendre des notes durant la projection. Nous recueillons ensuite les observations et réactions du groupe et complétons par une synthèse sur la clinique déficitaire, le repli sur soi et le retrait autistique.

Pour clore ce chapitre, nous détaillons la conduite à tenir pour entrer en relation avec une personne « bizarre » (importance de la posture, de la mimique, de la prosodie, de l'intonation, du choix des mots, de la distance d'interaction…). Nous employons le terme *« bizarre »* plutôt que *« psychotique »* dans la mesure où le secret médical n'est pas partagé avec les professionnels de la maison d'arrêt. Ces derniers n'ont donc pas connaissance des diagnostics des détenus qu'ils sont amenés à croiser en détention. Il est indispensable que ces professionnels soient en mesure d'adapter leur propre comportement à celui d'un détenu leur paraissant étrange pour éviter d'aggraver son état psychique. Un incident survenu en 2016 à la Maison d'arrêt de Strasbourg illustre cette problématique. Un patient atteint de schizophrénie suivi à l'hébergement thérapeutique présentait un tableau clinique justifiant son admission dans les plus brefs délais en hôpital de proximité. L'arrêté préfectoral autorisant le transfert du patient parvint en soirée à la maison d'arrêt alors que ce dernier était déjà endormi.

Rappelons que l'arrêté est exécutoire sans délai. Les surveillants vinrent nombreux dans sa cellule pour le réveiller afin qu'il soit transféré. Cette brusque intrusion par surprise dans l'espace intime d'un patient dissocié provoqua chez lui un raptus anxieux sous forme de crise clastique durant laquelle il blessa accidentellement un surveillant (qui heureusement s'est rétabli). Cet incident aurait pu être évité si les surveillants ayant officié le soir en question avaient bénéficié auparavant de conseils sur les principes de base qui président à l'abord d'un patient possiblement psychotique.

k) Notions d'addictologie

Comme nous l'avons évoqué dans le premier chapitre, les troubles addictologiques sont très fréquents chez les personnes détenues avec un taux de dépendance aux substances supérieur à 70% [2].

Il est donc essentiel de permettre à nos partenaires d'acquérir des notions de base en addictologie (concept de dépendance, de sevrage, mise au point sur les traitements de substitution, modèle de prise en charge addictologique au CSAPA). Pour illustrer ces notions, nous nous appuyons tout au long de ce chapitre d'un cas clinique réel anonymisé.

l) Troubles des conduites instinctuelles

- **Troubles du sommeil**

  Parmi les troubles des conduites instinctuelles, les troubles du sommeil seront les plus développés dans notre programme. Comme nous l'avons souligné précédemment, les troubles du sommeil sont très fréquents chez les personnes détenues, qu'elles souffrent ou non d'une pathologie psychiatrique

(ruminations quant à leur situation, manque d'activité en journée…). Nous mettons l'accent sur les recommandations hygiéno-diététiques afin que nos partenaires puissent conseiller les détenus se plaignant de troubles du sommeil lors de leurs échanges au quotidien.

- **Troubles de l'appétit**

  Nous évoquons très brièvement les troubles de l'appétit et leurs principales causes. Si l'anorexie réactionnelle est fréquente en prison (notamment chez les patients présentant une symptomatologie dépressive), l'anorexie maladie est peu retrouvée en clinique.

- **Troubles des conduites sexuelles**

  Nous évoquons les principaux troubles des conduites sexuelles sans les détailler. Cette thématique très vaste ne peut être davantage développée dans le cadre de ce programme de sensibilisation. Un enseignement plus poussé de ce sujet serait certes enrichissant pour les participants, mais moins contributif que le reste du programme à l'amélioration des prises en charges psychiatriques des personnes détenues à la maison d'arrêt.

m) Le processus adolescence/puberté

Ce chapitre sera particulièrement détaillé pour les surveillants officiant au Quartier Mineur (la Maison d'Arrêt de Strasbourg comprend un quartier de 38 places réservé aux personnes détenues mineures à partir de 13 ans), les enseignants et les éducateurs de la Protection Judiciaire de la Jeunesse.

Bien que nous observions ces dernières années une tendance au vieillissement de la population pénale, les personnes incarcérées de moins de 30 ans représentaient 49,3% des effectifs en 2015. Ainsi, il est essentiel que tous nos partenaires puissent acquérir des notions de base sur la problématique adolescente.

n) Proposition de rénovation du formulaire de signalement

Le formulaire de signalement est le principal outil de communication entre les professionnels du pôle 67P16 et leurs partenaires à Maison d'arrêt de Strasbourg. Nous proposons de le rénover afin d'améliorer la fluidité, la sécurisation et la traçabilité du circuit de signalement (aller et retour) au bénéfice des patients et de l'ensemble des partenaires. La finalité de cette rénovation est l'amélioration de l'accessibilité des détenus aux soins psychiatriques et addictologiques.

Le formulaire de signalement actuel est imprécis et surtout peu informatif. Les items à remplir par l'adresseur sont les suivants :

- ✓ La Date du jour
- ✓ Le nom de l'adresseur et le bâtiment où il officie. Il est rare que l'agent signalant un détenu précise le numéro de téléphone auquel il est joignable. Or, ses coordonnées téléphoniques nous permettraient de le contacter rapidement pour obtenir plus de précisions sur la personne signalée et ainsi, de mieux estimer le degré d'urgence (sur le modèle de la régulation du SAMU).
- ✓ L'identité du détenu sans plus de précision. Ceci pose des soucis d'identitovigilance quand seul le nom du détenu est donné les homonymes

sont plus nombreux dans l'univers carcéral que psychiatrique. Il est donc primordial que nous connaissions aussi son prénom et sa date de naissance.

- ✓ Enfin quelques lignes permettent à l'adresseur de signaler les éléments inquiétants en texte libre.

Nous avons complété cette liste pour guider nos partenaires dans leurs démarches et ainsi, nous permettre de réceptionner des signalements plus informatifs. Les items (à compléter ou à cocher) que nous proposons d'ajouter sont les suivants :

- **Identification de l'adresseur :**
  - ✓ Identification nominative de l'adresseur : Grade / civilité, NOM, Prénom
  - ✓ Téléphone et adresse mail où l'adresseur est joignable dans l'heure suivant l'envoi du formulaire de signalement pour première réponse de notre part (accusé de réception, précisions si nécessaire, date/heure de consultation en cas d'urgence)
  - ✓ Fonction / lien de l'adresseur avec le patient et adresse d'exercice
  - ✓ Date et Horodatage de la rédaction du formulaire de signalement
  - ✓ Date et Horodatage de l'envoi du formulaire de signalement
  - ✓ Adresse où l'adresseur souhaite réceptionner la réponse après évaluation clinique et préconisations (deuxième réponse de notre part).
  - ✓ Autre(s) service(s) ou professionnel(s) éventuellement destinataire(s) du présent formulaire de signalement

- **Identification nominative du détenu :**

- ✓ Civilité
- ✓ Nom
- ✓ Prénom
- ✓ Date de naissance
- ✓ Numéro d'écrou
- ✓ Position (dans la Maison d'Arrêt de Strasbourg)

➢ **Langue(s) connues du détenu :**

- ✓ Parlée
- ✓ Lue
- ✓ Écrite

➢ **Antécédents connus de suivis médical et/ou psychiatrique :**

- ✓ Au pôle 67P16
- ✓ À l'USN1 – DSS (UCSA : Unité de Consultations Ambulatoires somatique)
- ✓ Antécédent(s) de tentative(s) de suicide

➢ **Antécédents connus d'incarcération :**

- ✓ À la Maison d'Arrêt de Strasbourg
- ✓ Autres

➢ **Proposition d'orientation vers une des deux structures du pôle 67P16 :**

- ✓ CSAPA : soins addictologiques
- ✓ SMPR : soins psychiatriques

- **Proposition de symptômes observés par l'adresseur**.

Les symptômes sont présentés sous la forme d'une liste d'items à cocher par nos partenaires selon les éléments constatés par leur soin et les informations recueillies. L'objectif est de les guider dans leur démarche de signalement en leur permettant d'être plus précis et plus systématique. Nous les encourageons également à nous indiquer, dans la mesure du possible le contexte social et familial de la personne détenue. Cette liste d'items à cocher s'apparente ainsi à une version détaillée de la fiche *Check List de la psychiatrie en milieu pénitentiaire* distribuée en début de formation.

Voici quelques exemples de propositions de symptômes à cocher :

- ✓ Peur explicable (menaces d'autres détenus, proximité du procès, …)
- ✓ Angoisse / Anxiété (peur sans cause retrouvée)
- ✓ Tristesse de l'humeur
- ✓ Repli sur soi, mise en retrait par rapport à la collectivité
- ✓ Auto-agressivité : idées de suicide énoncées

- **Délai de réponse clinique attendu par l'adresseur**
  - ✓ Date et horodatage du constat des troubles justifiant la demande
  - ✓ Evaluation par l'adresseur du délai requis entre le constat des troubles justifiant la demande et l'évaluation clinique assortie de préconisations du pôle 67P16 sous forme de consultation

De notre côté, nous nous engageons également à répondre à nos partenaires le plus précisément possible.

Sur la première réponse que nous leur adresserons figurera :

- **L'identification du réceptionneur** (NOM, Prénom, fonction du Professionnel du Pôle 67P16 concerné)
- **Modalité de réception de la demande** (traçabilité)
- **Date et Horodatage de réception de la demande**

Après l'évaluation clinique du patient, nous communiquerons à l'adresseur notre deuxième réponse à savoir nos préconisations éventuelles (exemples : nécessité de prise en charge au Pôle 67P16, préconisation d'inscription sur les listes CPU « surveillance spécifique », « à ne pas laisser seul en cellule » ou « à laisser seul en cellule », nécessité d'hospitalisation…)

Ce temps d'échange autour de cette proposition de rénovation du formulaire de signalement est l'occasion de nous assurer que les items proposés (notamment les propositions de symptômes) soient compris de tous. Nos partenaires peuvent par ailleurs nous soumettre leurs suggestions afin que nous soyons en mesure de d'adapter cet outil de communication à leur réalité professionnelle quotidienne.

N) SUPPORTS PEDAGOGIQUES MIS A DISPOSITION DU PUBLIC

Après la formation, les participants peuvent retrouver l'ensemble des diapositives qui leur ont été présentées en format PDF sur leur propre plateforme e-learning de la Maison d'arrêt de Strasbourg.

Nous proposons également sur ce site des articles utiles sélectionnés parmi ceux constituant la bibliographie de cette thèse (création des UHSA, évolution de la psychiatrie en milieu carcéral…).

O) EVALUATIONS

1) Estimation des besoins avant le début de la formation par un questionnaire d'entrée (vrai ou faux et questions rédactionnelles)

Afin d'évaluer les besoins des participants, nous faisons précéder la formation d'un questionnaire d'entrée anonyme noté sur 20, dont voici les questions, le barème et réponses attendues :

1. **Le Service Médico-Psychologique régional a, de par sa localisation en milieu carcéral, une vocation à la fois thérapeutique et expertale (entourez la réponse exacte) : *1 pt***

   -Vrai

   -Faux

2. **Les pathologies suivantes peuvent être responsables d'agitation (entourez les réponses exactes) : *1,25 pts (0,25 points par bonne réponse entourée)***

   -L'épisode maniaque

   -L'anxiété

-Le diabète

-La schizophrénie

-La dépression

3. **En psychiatrie, il peut arriver que les patients soient hospitalisés sans leur consentement.**

1 pt

-Vrai

-Faux

4. L'expert psychiatre n'est pas soumis au secret médical. *1 pt*

-Vrai

-Faux

5. **On estime que 60% des personnes détenues ont un antécédent de traumatisme crânien.**

1 pt

- Vrai

- Faux

6. Le meilleur facteur prédictif de passage à l'acte suicidaire est *2 pts*

(Entourez la bonne réponse)

-L'anxiété

-La dépression

7. **Citez 3 missions du SMPR : *1,5 points (0,5 pts par bonne réponse*)**

   Réponses attendues (en avoir cité 3 parmi) **:**

   -Dépistage (acceptés aussi synonymes et équivalents ex : détection, repérage…)

   -Diagnostique

   -Prévention

   -Thérapeutique (acceptés aussi synonymes et équivalents ex : soigner)

   -Réinsertion (acceptés aussi synonymes et équivalents ex : aide pour préparer la libération...)

8. **Si une personne détenue présente un trouble mental pouvant compromettre sa sécurité ou celle de ses co-détenus, elle peut être admise sans son consentement à l'hébergement thérapeutique du SMPR. *2 pts***

   -Vrai

   -Faux

9. **Citez 5 Facteurs de risque de suicide : *1,25 points (0,25 pts par bonne réponse*)**

   Réponses attendues (en avoir cité 5 parmi les items ci-après):

   - ***Facteurs de risque primaires :***
     - *Antécédents personnels de tentative de suicide*
     - *Antécédents personnels de pathologie psychiatrique (acceptés : pathologies citées isolément ex : dépression, schizophrénie…)*
     - *Antécédents familiaux de suicide ou de tentative de suicide*
     - *Antécédents familiaux de pathologie psychiatrique*

- *Impulsivité (acceptés : synonymes et équivalents ex : agir trop vite…)*
- *Intention exprimée (acceptés : synonymes et équivalents ex : idées verbalisées…)*

- ***Facteurs de risque secondaires :***
  - *Isolement (social, familial)*
  - *Pertes parentales précoces (acceptés : décès des parents, abandon)*
  - *Chômage*
  - *Difficultés financières ou liées au logement (accepté également même si seulement l'un des deux items est cité)*
  - *Relations conflictuelles avec la famille ou le conjoint (accepté également même si seulement l'un des deux items est cité)*
  - *Autres évènements de vie négatifs : deuil, placement en institution, incarcération (accepté également même si seulement l'un de ces items est cité)*

- ***Facteurs de risque tertiaires :***
  - *Sexe masculin*
  - *Tranche d'âge : adolescence, vieillesse (accepté également même si seulement l'un des deux items est cité)*
  - *« Périodes à risque » : anniversaire de décès par exemple (accepté également si un exemple est cité isolément…*

10. Le risque suicidaire élevé est un critère d'admission à l'hébergement thérapeutique du SMPR. ***1 pt***

-Vrai

-Faux

11. Quels sont les 2 symptômes fondamentaux de la dépression ? ***1 pt (0,5 pts par bonne réponse)***

-Humeur dépressive (accepté : synonyme et équivalent ex : tristesse)

-Ralentissement psychomoteur (acceptés : synonymes et équivalents : ex : gestes et pensée ralentis)

12. Demander directement à une personne si elle a des idées suicidaires peut précipiter un passage à l'acte. ***2 pts***

-Vrai

-Faux

13. Suite à un traumatisme crânien, un patient peut présenter des troubles du comportement similaires à ceux rencontrés dans le trouble de la personnalité psychopathique. ***2 pt***

-Vrai

-Faux

14. **Concernant l'irresponsabilité pénale : une personne qui était atteinte au moment des faits d'un trouble psychique ayant altéré son discernement n'est pas pénalement responsable.** ***1 pt***

    -Vrai

    -Faux

15. **Un trouble de la personnalité nécessite impérativement la mise en place d'un traitement à visée curative.** ***1 pt***

    -Vrai

    -Faux

2) Estimation de l'efficacité de la formation par ce même questionnaire en fin de session avec correction collective

Nous réutilisons ce même questionnaire en fin de session afin d'évaluer la progression du groupe et donc l'efficacité de la formation. Après le questionnaire d'entrée, les participants sont informés qu'ils seront à nouveau soumis à un test en fin de session mais ne savent pas qu'il s'agira du même questionnaire.

Les résultats avant/après seront présentés sous forme de graphiques, analysés et comparés dans un autre chapitre.

3) Evaluation par les participants de la formation via un questionnaire de satisfaction et échange oral en fin de session.

L'avis des participants nous permet d'améliorer notre programme.

Nous leur demandons d'évaluer le contenu du programme, son support pédagogique et d'attribuer une note de satisfaction globale à la formation.

Ils peuvent attribuer des notes allant de (--) très insatisfait à (++) très satisfait aux items suivants :

- **Contenu :**
  - ✓ Cette formation a-t-elle répondu à vos attentes ?
  - ✓ Cette formation a-t-elle pris en compte votre réalité professionnelle ?
  - ✓ Y avez-vous trouvé un enrichissement personnel ?
  - ✓ Recommanderiez-vous cette formation à un collègue ?
  - ✓ D'un point de vue théorique, le contenu des interventions était-il clair et accessible ?

- **Pédagogie :**
  - ✓ Les relations avec les intervenants étaient-elles satisfaisantes ?
  - ✓ Les topos étaient-ils suffisamment interactifs ?
  - ✓ L'utilisation des supports vidéo vous a-t-elle aidé à mieux appréhender la théorie ?
  - ✓ Avez-vous envie de mettre en application ce que vous avez appris durant cette formation ?

- **Satisfaction globale :**
  - ✓ Etes-vous globalement satisfait de cette formation ?

Les résultats de ces évaluations seront présentés et commentés ultérieurement.

P) NUMERO D'AGREMENT DE L'EPSAN

- Pour les attestations de formation
- Organisme de formation enregistré auprès de la Préfecture du Bas-Rhin sous le numéro : 42 67 P 00 28 67
- Numéro Siret : 266 706 027 000 15

Q) JOURNAL DE BORD

- **1er trimestre 2017** : premières réflexions (thèmes, public)
- **Juillet 2017-Décembre 2017 :** rédactions du cahier des charges et du programme subsequent
- **22 Aout 2017 :** réunion pour définir les critères de choix des thèmes à aborder *(Docteur Jean-Christophe Coujitou- chef du Pôle 67P16, Madame Ingrid Ullmann-Cadre supérieure de Santé du Pôle 67P16, Docteur Agnieszka Kolodziejczyk – Praticien Hospitalier Psychiatre responsable de l'hébergement thérapeutique du SMPR, Christelle Risch-interne en psychiatrie).*

- **31 Aout et 12 Septembre 2017 :** réunions pour adaptations du programme aux retours des partenaires du pôle *(Docteur Jean-Christophe Coujitou - chef du Pôle 67P16, Madame Ingrid Ullmann-Cadre supérieure de Santé du Pôle 67P16, Docteur Agnieszka Kolodziejczyk – Praticien Hospitalier Psychiatre responsable de l'hébergement thérapeutique du SMPR, Christelle Risch – interne en psychiatrie).*

- **1er Décembre 2017 :** réunion concernant le financement de la formation *(Docteur Jean-Christophe Coujitou - chef du Pôle 67P16, Madame Ingrid Ullmann - Cadre supérieure de Santé du Pôle 67P16, Monsieur Jean-Claude Bayle – Cadre supérieur de Santé responsable des formations).*

  - **11 Décembre 2017 :** réunion pour amélioration du programme et réflexions quant aux thèmes à illustrer par des vidéos *(Madame Ingrid Ullmann-Cadre supérieure de Santé du Pôle 67P16, Docteur Agnieszka Kolodziejczyk – Praticien Hospitalier Psychiatre responsable de l'hébergement thérapeutique du SMPR, Docteur Thierry Royer – Praticien Hospitalier Psychiatre responsable du CSAPA, Christelle Risch – interne en psychiatrie).*

- **Fin Décembre 2017** : présentation officielle de l'offre de formation aux partenaires pressentis *(Madame Claire Charmet – Directrice des Ressources Humaines de l'EPSAN)*
- **Janvier-mars 2018** :

- **11 janvier 2018** : signature de la convention entre l'EPSAN et la Direction Interrégionale des Services Pénitentiaires (DISP) *(Madame Claire Charmet – Directrice des Ressources Humaines de l'EPSAN et Madame Marie-Agnès Ley – Chef de l'Unité du recrutement, de la formation et des qualifications à la DISP).*

- **Février 2018** :
    - **10 Février 2018** premier visionnage des vidéos susceptibles d'être présentées (*Docteur Jean-Christophe Coujitou - chef du Pôle 67P16, Docteur Michel Le Gal – Praticien Hospitalier Psychiatre ancien chef du Pôle G04 de l'EPSAN, Christelle Risch – interne en psychiatrie)*
    - **21 février et 1 mars 2018** : sélection finale des vidéos après revisionnage collectif (*Docteur Jean-Christophe Coujitou - chef du Pôle 67P16, Madame Ingrid Ullmann-Cadre supérieure de Santé du Pôle 67P16, Docteur Agnieszka Kolodziejczyk – Praticien Hospitalier Psychiatre responsable de l'hébergement thérapeutique du SMPR, Docteur Thierry Royer – Praticien Hospitalier Psychiatre responsable du CSAPA, Christelle Risch – interne en psychiatrie).*

    - **5 mars 2018** dernières mises à jour mise à jour du programme (*Docteur Jean-Christophe Coujitou - chef du Pôle 67P16, Madame Ingrid Ullmann-Cadre supérieure de Santé du Pôle 67P16, Docteur Agnieszka Kolodziejczyk – Praticien Hospitalier Psychiatre responsable de l'hébergement thérapeutique du SMPR, Docteur*

Thierry Royer – Praticien Hospitalier Psychiatre responsable du CSAPA, Christelle Risch – interne en psychiatrie).

- **20 et 21 mars 2018** : **Répétition générale avec tous les intervenants avant la première session :** sur deux journées en amphithéâtre pour mise en conditions et chronométrage des interventions.

- **6 Juin 2018 : Débriefing sur la première session et amélioration du programme** (*Docteur Jean-Christophe Coujitou - chef du Pôle 67P16, Madame Ingrid Ullmann-Cadre supérieure de Santé du Pôle 67P16, Docteur Agnieszka Kolodziejczyk – Praticien Hospitalier Psychiatre responsable de l'hébergement thérapeutique du SMPR, Docteur Thierry Royer – Praticien Hospitalier Psychiatre responsable du CSAPA, Christelle Risch – interne en psychiatrie).*

R) CALENDRIER DES SESSIONS

- **26 et 27 Mars 2018 : 1ère session d'enseignement** (Public : Surveillants de la Maison d'Arrêt de Strasbourg)
- **25 et 26 Juin 2018 : 2ème session d'enseignement** (Public : Direction, Officiers gradés et Surveillants de la Maison d'Arrêt de Strasbourg)

- **24 et 25 Septembre 2018 : 3ème session d'enseignement** (Public : Surveillants et trois professionnels de l'unité de soins somatiques de la Maison d'Arrêt de Strasbourg)
- **Novembre ou Décembre 2018 : 4ème session d'enseignement** (dates et public à définir)
- **Premier trimestre 2019 : 5ème session à destination des Binômes de soutien (Mission de Lutte contre la Radicalisation Violente)** (dates à définir)

III) MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME LORS DES DEUX PREMIERES SESSIONS DE MARS ET JUIN 2018

A) PUBLICS

Le public des deux premières sessions était composé de membres de la direction de la Maison d'arrêt de Strasbourg, d'officiers gradés et de surveillants (des quartiers SMPR, arrivants, mineurs, femmes, disciplinaire et isolement).

Le public fut majoritairement composé de surveillants lors de la session de mars, et de membres de la direction (dont Madame Cathy Christophe, directrice de la Maison d'arrêt de Strasbourg) et d'officiers gradés lors de la session de juin.

B) SYNTHESE : QUESTIONS ET REACTIONS DES PARTICIPANTS AUX COURS DES DEUX SESSIONS

Les participants ont fait preuve d'intérêt et de curiosité lors des présentations. Nous présentons ci-après les questions et réactions du public ayant retenu notre attention.

- **Concernant la notion d'irresponsabilité pénale :**

Nombre de participants ont été surpris que les psychiatres du SMPR ne réalisent pas d'expertises psychiatriques pour des patients de la maison d'arrêt. Ce chapitre leur a permis de comprendre que le SMPR a une fonction soignante et non expertale, la notion même d'expertise devant être précisée : l'expertise comme activité légalement encadrée versus l'expertise comme savoir-faire.

- **A propos de l'Admission en Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers :**

Le public s'est étonné que des tiers puissent être impliqués dans le processus d'admission en soins psychiatriques d'un patient. Nous les avons rassurés quant au fait que les familles peuvent refuser de remplir la demande de tiers et surtout que la décision d'hospitalisation revient au médecin et est assumée par lui.

- **Concernant l'hébergement thérapeutique du SMPR**

Les participants ont été surpris que le risque suicidaire soit une contre-indication à l'admission à l'hébergement thérapeutique. Cette présentation fut l'occasion de leur rappeler que

l'équipe de soins n'est présente qu'en journée et ne peut donc pas assurer la surveillance du patient la nuit (qui est alors surveillé par l'encadrement pénitentiaire). La surveillance psychiatrique telle que l'offre une hospitalisation à temps complet étant la possibilité pour un patient de recourir 24h/24 à un soignant spécialisé en psychiatrie.

- **Au sujet du secret médical :**

Les participants ont affirmé avoir été éclairé sur la notion de secret professionnel et ainsi mieux comprendre pourquoi nous ne pouvons révéler les diagnostics que nous établissons.

- **A propos de la distance professionnelle et de l'emploi du vouvoiement:**

Lors des deux sessions, la plupart des surveillants affirmèrent employer le tutoiement pour s'adresser aux personnes détenues et ont exprimé leur réticence quant à l'emploi du vouvoiement. Ils disaient alors craindre que l'instauration de cette distance constitue un obstacle à la création d'une relation de confiance avec les détenus. Toutefois, ils furent attentifs à notre présentation et ce d'autant plus que les membres de la direction et officiers gradés présents dans la salle lors des deux sessions rappelèrent l'obligation de l'emploi du vouvoiement, selon les procédures propres à l'administration pénitentiaire. En fin de sessions, certains surveillants affirmèrent s'être remis en question sur ce sujet mais avoir besoin d'un temps de réflexion avant d'appliquer nos préconisations, qui pour leur hiérarchie est donc obligatoire.

- **Concernant le syndrome dépressif**

Les participant furent surpris de l'intensité du ralentissement psychomoteur que peut causer un syndrome dépressif sévère. Ils comprirent ainsi qu'ils doivent faire preuve de vigilance vis-à-vis des détenus ralentis et repliés sur eux-mêmes et les signaler. En effet, ces derniers peuvent ne pas être en mesure de rédiger eux-mêmes une requête pour être reçus en consultation.

- **A propos des troubles anxieux**

Le public s'étonna que l'anxiété puisse générer des états d'agitation avec risque auto-agressif.

- **Concernant le risque suicidaire :**

Nos partenaires furent particulièrement attentifs à cette thématique.

Comme la population générale, la majorité des participants pensait que les tentatives de suicide protégeaient d'un passage à l'acte abouti (*« Nous avons toujours cru que quand on voulait vraiment mourir, on ne se loupait pas »*).

La majorité des participants de la première session pensait que demander à une personne si elle présente des idées suicidaires risquait fortement de précipiter un passage à l'acte (hormis les surveillants du Quartier Arrivant qui ont bénéficié d'une formation sur les conduites suicidaires et utilisent quotidiennement une grille d'évaluation du risque suicidaire lors de l'entretien d'arrivée des détenus entrants). La plupart des participants de la deuxième session (direction et officiers gradés) savaient que cette question pouvait et devait être posée, dans

la mesure où ces professionnels avaient également bénéficié de formations sur la question du risque suicidaire.

- **Au sujet des troubles organiques d'allure psychiatrique :**

Bon nombre de participants ignoraient l'existence de ces troubles susceptibles de conduire à des erreurs d'orientation de la demande de prise en charge. Ils se demandèrent alors comment différencier un trouble organique d'un trouble psychiatrique face à une personne somnolente ou agitée. Nous les rassurâmes sur le fait qu'il ne leur est en aucun cas demandé de poser des diagnostics mais d'avoir le réflexe de suspecter ce type de troubles et de signaler les patients concernés à la fois à l'UCSA et au SMPR.

- **Question posée sur les troubles de la personnalité** :

Un participant nous soumit une question très pertinente : *« Une personne présentant un trouble de la personnalité a-t-elle conscience de ses troubles du comportement ? »*

Nous lui proposâmes la réponse suivante : « *oui, c'est ce qui nous permet de différencier la névrose de la psychose »,* dont la simplicité extrême la rend bien entendu fausse mais compréhensible par les surveillants en quête de repères.

- **Questions sur les troubles psychotiques :**

Là encore, des questions pertinentes furent posées par nos partenaires :

- « *Un patient psychotique en crise qui casse un lavabo en cellule a-t-il conscience de l'avoir fait ? »*

Réponse proposée : *« oui, mais il n'est pas forcément en mesure d'expliquer son geste ».*

- *« En raison du secret médical, nous ne connaissons pas les diagnostics psychiatriques des détenus, alors comment savoir quelle attitude adopter face à eux ? Si un patient est psychotique on ne le saura pas, alors comment savoir quelle attitude adopter ? »*. Cette question a trouvé ultérieurement sa réponse avec la présentation intitulée *Conduite à tenir : Attitude à adopter face à une personne « bizarre » en général*.

-**Réactions après la vidéo sur la psychose déficitaire (patiente présentant un syndrome dissociatif avec barrages) :**

La plupart des participants disaient ignorer que ce type de symptômes existaient chez les patients schizophrènes. Un surveillant affirma que s'il n'avait pas assisté à cette présentation, en voyant une personne comme cette patiente en détention et ignorant sa pathologie, il aurait pensé à tort qu'elle *« fait exprès pour provoquer »*. Il ajouta que cette vidéo lui permettrait dorénavant de suspecter un trouble psychiatrique chez un détenu présentant un tel comportement.

Cette vidéo suscita l'empathie du public qui se demanda ce que nous pourrions proposer pour aider et *« booster »* un détenu présentant une symptomatologie similaire. Ce tableau clinique pouvant justifier l'admission du détenu concerné à l'hébergement thérapeutique pour la mise en place d'un traitement médicamenteux et une prise en charge socio thérapeutique adaptée dès lors que son consentement aurait été jugé recevable et acquis. De ce fait, ils peuvent

comprendre plus aisément que la sociothérapie proposée par le SMPR est à visée thérapeutique et non occupationnelle comme le sont les activités proposées par la détention.

- **Troubles bipolaires :**

Les participants des deux sessions repérèrent aisément les signes respectivement en faveur d'épisodes dépressif et maniaque dans la vidéo présentée.

Ce chapitre fut également l'occasion d'une mise au point sur les risques médico-légaux liés aux troubles bipolaires.

- **Questions et réaction sur les notions d'addictologie :**

Les participants se montrèrent très curieux lors de cette présentation qui nous permit de mettre fin aux croyances erronées sur les traitements de substitution. Voici les questions et réactions ayant retenu notre attention :

- *« Il est inadmissible qu'un patient sous méthadone ait le droit de conduire. C'est comme s'il se droguait à l'héroïne, il pourrait être responsable d'un accident ».*

Nous les rassurâmes quant au fait que le traitement de substitution ne reproduit pas les effets de l'héroïne si le dosage est adapté (*« C'est la bonne dose quand vous ne sentez rien »*).

- *« Dans ce cas, pourquoi il y a-t-il du trafic de traitements de substitution en prison ? »*

Réponse proposée: *« pour augmenter les doses ou sniffer (subutex) ce qui permet d'avoir des effets similaires à ceux produits par les substances illicites ».*

- *« Est-ce que le fait de prendre de la méthadone rend positif aux opiacés ? »*

Réponse proposée : *« Oui »*

L'un des participant s'interrogea quant à la somme que les prise en charge des patients sous traitement de substitution devaient couter pour la société à la sécurité sociale. Nous lui répondîmes alors que le coût global est moins élevé du fait des prises en charge addictologiques qui éviteraient des conséquences d'aval de la prise de toxiques (exemple des patients souffrant d'hépatites).

- **Visite d'une unité fermée**

La visite des unités fut particulièrement appréciée par les participants qui comprirent plus aisément le fonctionnement d'un service de psychiatrie, les contraintes liées à la prise en charge des patients sous écrou et s'interrogèrent sur les points communs et les différences de nos deux institutions.

Ainsi, ces deux premières sessions furent très interactives. Ces temps d'échanges avec les professionnels de la maison d'arrêt de Strasbourg nous permirent d'éclairer nos partenaires sur cette discipline médicale complexe qu'est la psychiatrie.

IV) EVALUATION DU PROGRAMME

A) EVALUATION PEDAGOGIQUE DU PROGRAMME

1) Confrontation des résultats du questionnaire d'entrée à ceux du questionnaire de fin de session – Session des 26 et 27 mars 2018

Pour rappel, afin d'évaluer les besoins des participants, nous débutons chaque session par un questionnaire d'entrée anonyme, noté sur 20, comportant des questions à choix multiples et à réponses fermées. Nous réutilisons ce même questionnaire en fin de session afin d'évaluer la progression du groupe et juger de l'efficacité pédagogique de la formation. Après le questionnaire d'entrée, les participants sont informés qu'ils seront à nouveau soumis à un questionnaire anonyme en fin de session. Toutefois, nous ne précisons pas qu'il s'agit du même questionnaire que celui proposé en début de session (et qui est anonyme également).

Après le test de fin de session, nous proposons aux participants une correction collective.

Quinze copies du questionnaire d'entrée et douze copies du questionnaire de fin de session ont été rendues. 3 personnes n'ont pas pu terminer la formation pour obligations familiales mais se réinscriront pour assister à l'une des sessions prochaines.

a) Evaluation globale des acquis

Cette évaluation repose sur des données chiffrées fournies ci-après pour tenter d'objectiver les acquis de la formation au-delà des ressentis partagés par les formateurs et le public.

Les résultats de l'ensemble du groupe avant et après la session sont présentés par l'histogramme ci-après.

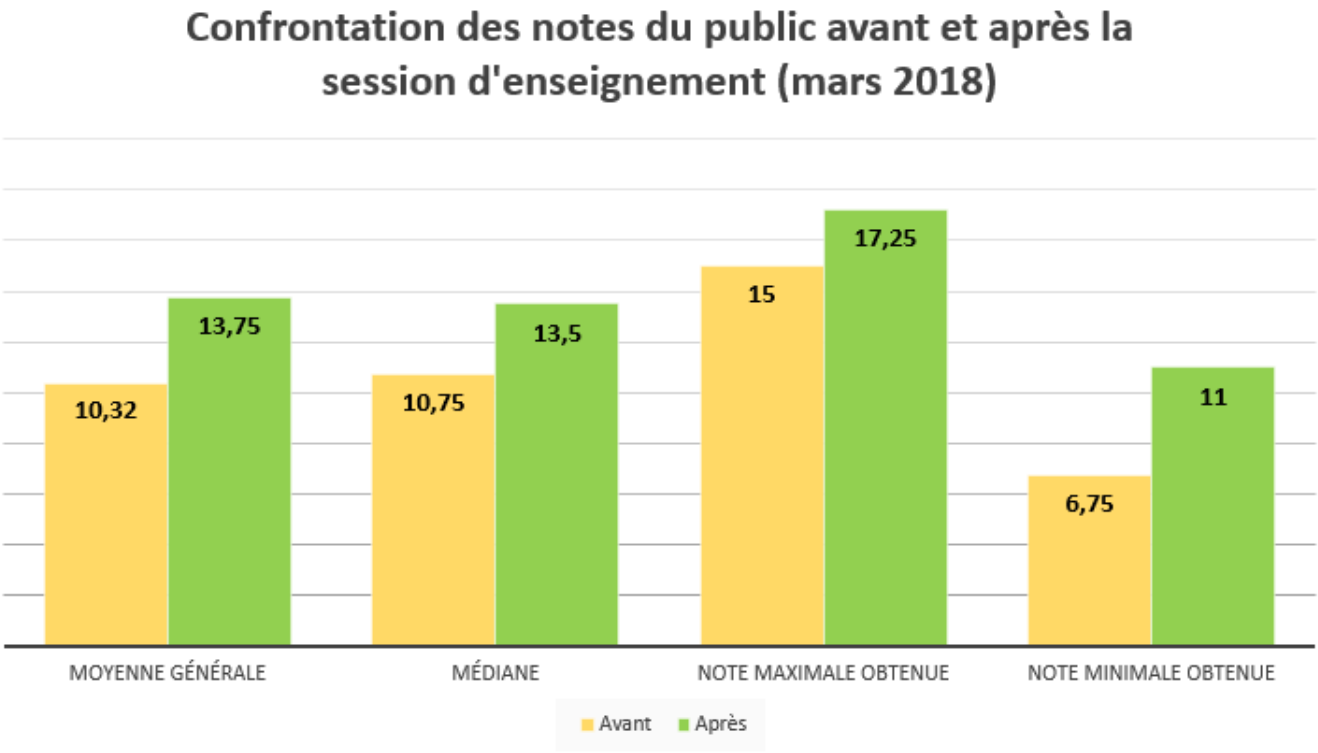

Figure 3. *Confrontation des notes du public avant et après la session d'enseignement (mars2018)*

Nous constatons une augmentation de tous les paramètres après l'apprentissage : moyenne générale du groupe, médiane, notes maximales et minimales obtenues.

Un tiers des participants (5 personnes sur 15) n'ont pas obtenu la moyenne au test d'entrée alors que la note la plus faible est de 11/20 au test de fin de session.

L'écart-type à la moyenne σ en début de session est de 6,33 ce qui traduit une disparité importante en termes de connaissances entre les participants. Concernant la moyenne générale toujours, le coefficient d'hétérogénéité est à 61,36%, donc élevé en début de session, ce qui une fois encore témoigne d'une grande disparité entre les professionnels.

En fin de session, l'écart type à la moyenne σ régressa considérablement à 3,99 avec un coefficient d'hétérogénéité à 29,04% ce qui révéla une homogénéisation des notes obtenues lors de cette première session.

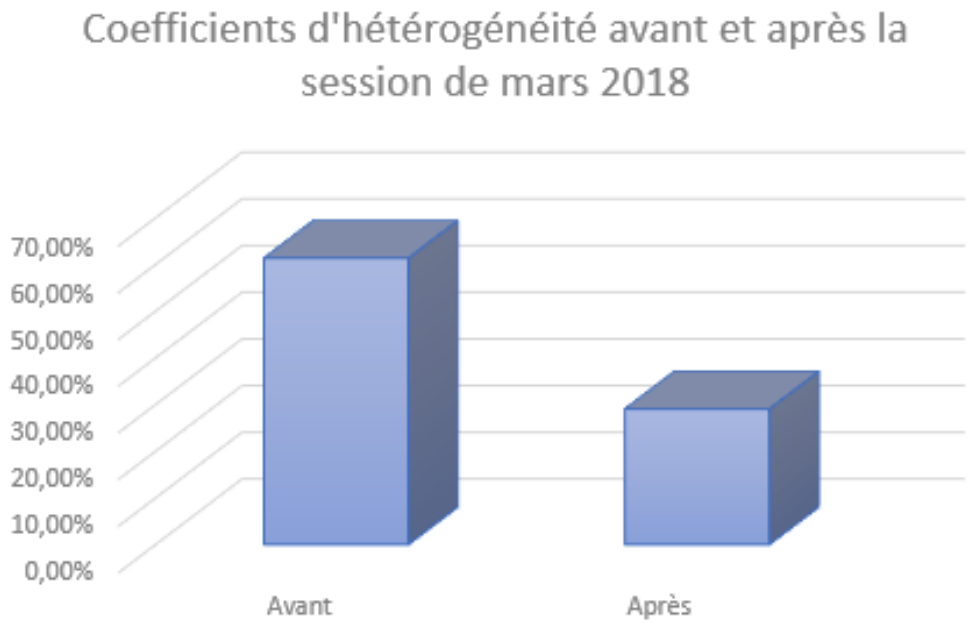

Figure 4. *Coefficients d'hétérogénéité avant et après la session de mars 2018*

Ainsi, la formation a permis de réduire la disparité entre candidats qui existait en début de session.

Concernant la moyenne générale, le gain relatif moyen est de 35,43% ce qui témoigne d'un effet positif et significatif de l'apprentissage.

b) Evaluation des acquis par thématiques

Par ses questions, le questionnaire que nous avons élaboré met en exergue les points clés de notre programme. La comparaison des notes avant/après par thématiques, que nous présentons ci-après, nous permet de cerner les notions les plus difficiles à appréhender pour le public afin réajuster notre programme pour les sessions suivantes.

NB : Nous ne détaillerons pas dans ce chapitre les réponses aux questions rédactionnelles qui sont difficilement exploitables pour évaluer la progression du public par thématiques. Nous y apportons toutefois une attention qualitative pour améliorer le programme. Les participants y ont globalement répondu favorablement (n'avaient répondu que partiellement aux questions lors du questionnaire d'entrée. La formation leur a permis de préciser leurs réponses lors du questionnaire de fin de session).

- ✓ **Concernant l'expertise psychiatrique :**

-Question 1 vrai/Faux: Le Service Médico-Psychologique Régional a de par sa localisation en milieu carcéral une vocation à la fois thérapeutique et expertale (réponse : faux).

13,33% des participants répondirent correctement au début de la formation contre 33,33% à son terme. Lors de la correction collective, quelques participants expliquèrent avoir compris dans cette question le terme « expertale » au sens « savoir-faire diagnostic » et non « expertise psychiatrique » à proprement parler, mais avoir néanmoins acquis cette notion. La mise en évidence de cette ambiguïté nous a permis de préciser le terme lors de la session suivante.

-Question 4 : vrai/faux : L'expert psychiatre n'est pas soumis au secret médical (réponse : faux)

100% des participants répondirent juste à la fois avant et après l'apprentissage. Cette notion était donc acquise dès le départ.

-Question 14 : vrai/ faux : Concernant l'irresponsabilité pénale : une personne qui était atteinte au moment des faits d'un trouble psychique ayant altéré son discernement n'est pas pénalement responsable. (Réponse : faux).

26,67% ont répondu de façon exacte en début de session. Paradoxalement, aucun participant ne répondit juste au terme de la formation. Cependant, les participants comprirent rapidement leur erreur lors de la correction collective. Il faut prendre en compte le fait que cette question comporte des négations et des subtilités dans son énoncé et nécessite une certaine concentration de la part du public, qui fut alors fatigué par ces deux journées d'apprentissage intensif.

- ✓ **A propos des troubles organiques d'allure psychiatrique**

-A la Question 2 (entourez les causes possibles d'agitation)

En début de session, seuls 13,33% ont entourèrent le diabète parmi les causes possibles d'agitation contre 83,33% à son terme. Cette notion fut donc acquise au cours de la session par la majeure partie du public.

-Question 5 (vrai/faux): on estime de 60% des personnes détenues ont des antécédents de traumatismes crâniens (réponse : vrai)

En début de formation,13,33 % donnèrent une réponse exacte contre 91,67% en fin de session.

-Question 13 (vrai/faux) : suite à un traumatisme crânien, un patient peut présenter des troubles du comportement similaire à ceux rencontrés dans le trouble de la personnalité psychopathique (réponse : vrai).

80% des participants ont répondu juste au questionnaire d'entrée contre 100% au questionnaire de fin de session.

Ainsi, la formation a permis au public de très bien assimiler la notion de troubles organiques d'allure psychiatrique.

- ✓ **Concernant la notion de soins sous contraintes**

-Question 3 (vrai/faux) : en psychiatrie, il peut arriver que les patients soient hospitalisés sans leur consentement (réponse : vrai)

100% des participants répondirent correctement, et ce dès le questionnaire d'entrée.

-Question 8 : (vrai/faux) : si une personne détenue présente un trouble mental pouvant compromettre sa sécurité et celle de ses co-détenus, elle peut être admise sans son consentement à l'hébergement thérapeutique du SMPR (réponse : faux).

66,67% du public répondirent juste en début de formation contre 100% à son terme. Ainsi, ce point essentiel relevant de l'organisation des soins en prison a été acquis par la totalité du public.

- ✓ **A propos des indications d'hospitalisation à l'hébergement thérapeutique du SMPR**

-Question 10 : le risque suicidaire élevé est un critère d'admission à l'hébergement thérapeutique du SMPR (réponse : faux)

53, 33% des participants répondirent correctement au questionnaire d'entrée contre 58,33% au questionnaire de fin de session. La correction collective fut l'occasion de rappeler au public que

l'équipe de soins n'est présente qu'en journée à l'hébergement thérapeutique. De ce fait, il était utile de rappeler qu'un patient présentant un risque suicidaire majeur nécessite une surveillance hospitalière constante est adressé dans les plus brefs délais à l'hôpital psychiatrique.

- ✓ **Sur la thématique du risque suicidaire**

-Question 6 : le meilleur facteur prédictif de passage à l'acte suicidaire est (entourez la bonne réponse) : l'anxiété ou la dépression ? (Réponse : l'anxiété)

26,67% du public répondit juste au premier questionnaire contre 50% au deuxième. La correction nous permit d'insister davantage sur la corrélation entre anxiété et risque suicidaire.

-Question 12 (vrai/faux) : demander directement à une personne si elle a des idées suicidaires peut précipiter un passage à l'acte (Réponse : faux)

73,33% des professionnels répondirent juste dès le premier questionnaire. Au terme de la formation, 100% des participants y répondirent correctement. Ainsi, l'intégralité du groupe de la première session sait désormais que cette question n'est pas à éviter et doit au contraire être posée pour évaluer le risque suicidaire d'une personne détenue.

- ✓ **Concernant le syndrome dépressif**

-Question 2 : entourez les causes possibles d'agitation

En début de session, 40% des participants entourèrent la dépression parmi les causes possibles d'agitation. Seuls 41,67% d'entre eux l'entourèrent au terme de la formation. Nous profitâmes du

temps de correction pour leur rappeler que dans certains cas, le syndrome dépressif peut se manifester par un état d'agitation (associé à un risque de passage à l'acte auto-agressif)

- ✓ **Au sujet des troubles de la personnalité**

-Question 15 (vrai/faux) : un trouble de la personnalité nécessite impérativement la mise en place d'un traitement à visée curative (Réponse : faux)

60% des participants répondirent correctement dès le premier questionnaire contre 91,67% au deuxième. Cette notion fut donc acquise par la majorité du public.

Ainsi, certaines notions furent plus difficiles à assimiler pour le public et nécessiteraient peut-être davantage de répétitions de notre part tout au long de ces deux journées (la notion de corrélation entre anxiété majeure et risque suicidaire, l'incompatibilité entre risque suicidaire élevé et admission hébergement thérapeutique, la survenue possible de troubles de comportement de type agitation psychomotrice chez un patient dépressif). Toutefois, la majorité des objectifs pédagogiques ont été atteints par nos partenaires lors de cette session de mars 2018.

2) Confrontation des résultats du questionnaire d'entrée à ceux du questionnaire de fin de session – Session des 25 et 26 juin 2018

Douze copies du questionnaire d'entrée et onze du questionnaire de fin de session furent rendues Une personne ne put terminer la formation pour obligation familiale mais se réinscrira pour assister à l'une des sessions prochaines.

a) Evaluation globale des acquis

Les résultats de l'ensemble du groupe avant et après la session sont présentés par l'histogramme ci-après.

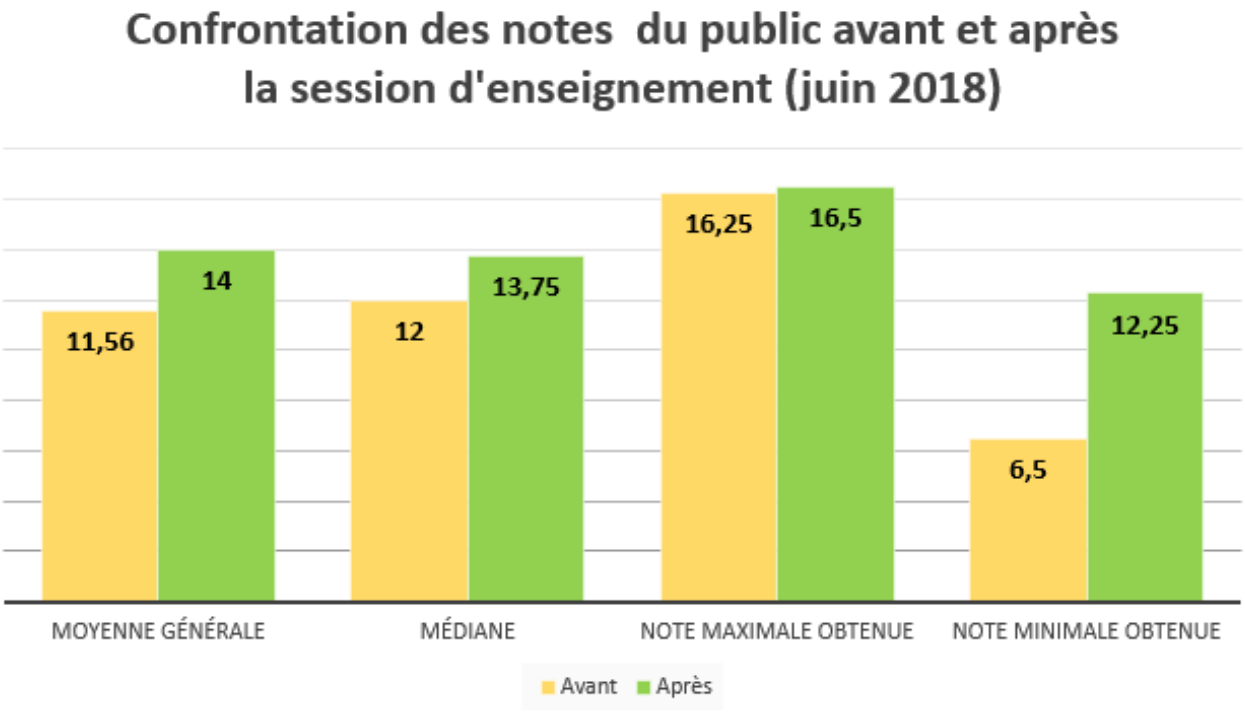

Figure 5. *Confrontation des notes du public avant et après la session d'enseignement (juin 2018)*

A l'instar de la session de mars 2018, nous constatons une augmentation de tous les paramètres en fin de session : moyenne générale du groupe, médiane, notes maximales et minimales obtenues.

Là encore, 4 personnes sur 12, soit un tiers des participants n'obtinrent pas la moyenne au test d'entrée. Pour le test de fin de session, la note minimale fut de 12,25/20.

L'écart-type à la moyenne σ est de 6,81 en début de session ce qui, comme pour la session précédente traduit une disparité importante en termes de connaissances entre participants. Concernant la moyenne générale toujours, en début de session, le coefficient d'hétérogénéité est de 60,50%, donc élevé.

En fin de session, l'écart type à la moyenne σ régresse à 2,94 avec un coefficient d'hétérogénéité de 21,04% ce qui traduit une homogénéisation des notes obtenues par rapport au test d'entrée.

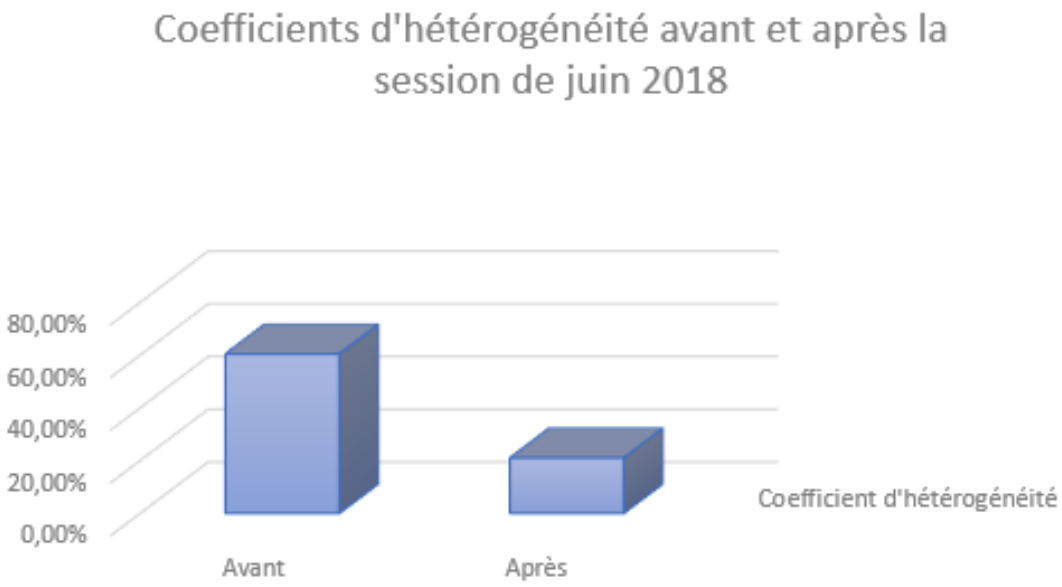

Figure 6. *Coefficients d'hétérogénéité avant et après la session de juin 2018*

Ainsi, comme nous l'avions observé lors de la première session, l'enseignement dispensé au cours de cette session de juin 2018 permit de réduire la disparité qui existait entre les participants.

Toujours à propos de la moyenne générale, le gain relatif moyen fut de 28,90% ce qui témoigna d'un effet positif de l'apprentissage, bien que ce gain fût légèrement inférieur à celui obtenu lors de la session précédente (35,43% en mars 2018). On considère que l'effet de l'apprentissage n'est vraiment significatif qu'à partir de 30%. Il faut prendre en compte le fait que le public de la session

de juin 2018 fut majoritairement composé de membres de la Direction de la maison d'arrêt et d'officiers gradés. Ces professionnels côtoient plus régulièrement l'équipe du pôle 67P16 lors de réunions (réunion de rapport, CPU, réunions consacrées aux mineurs et aux « profils sensibles »). Ces temps d'échanges nous permettent de les éclairer sur l'organisation de la Psychiatrie en milieu pénitentiaire et sur certaines notions séméiologiques. De ce fait, ces participants avaient déjà acquis un certain nombre de connaissances avant d'assister à la formation. Leur progression fut ainsi moins marquée que celle du groupe de mars 2018.

b) Evaluation des acquis par thématiques

- ✓ **Concernant l'expertise psychiatrique :**

-Question 1 vrai/Faux: Le Service Médico-Psychologique Régional a, de par sa localisation en milieu carcéral, une vocation à la fois thérapeutique et expertale (réponse : faux).

33,33% des participants ont répondu juste à cette question au début de la formation contre 54,55% à son terme. Les participants y ont donc dans l'ensemble mieux répondu que lors de la session de mars 2018.

-Question 4 : vrai/faux : L'expert psychiatre n'est pas soumis au secret médical (réponse : faux)

Comme lors de la session précédente, 100% des participants ont répondu juste à la fois avant et après l'apprentissage. Cette notion était donc acquise dès le départ.

-Question 14 vrai : faux : Concernant l'irresponsabilité pénale : une personne qui était atteinte au moment des faits d'un trouble psychique ayant altéré son discernement n'est pas pénalement responsable. (Réponse : faux).

41,67% ont bien répondu en début de session contre seulement 36,36% après la session. Comme lors de la session précédente, le groupe a rapidement compris son erreur lors de la correction collective. Il faut prendre en compte le fait que cette question piégeuse, avec des négations et des subtilités dans son énoncé nécessite une certaine concentration de la part du public (qui était alors fatigué par ces deux journées d'apprentissage intensif). Il faut également souligner que la proportion de participants ayant bien répondu à cette question est plus élevée à la session de juin qu'à celle de mars 2018 (pour rappel : aucun participant n'avait répondu juste à cette question au terme de la première session de mars).

- ✓ **A propos des troubles d'allure psychiatrique d'origine organique**

-A la Question 2 (entourez les causes possibles d'agitation)

En début de session, seuls 16,67% ont entouré le diabète parmi les causes possibles d'agitation contre 90,90% à son terme.

-Question 5 (vrai/faux): on estime de 60% des personnes détenues ont des antécédents de traumatismes crâniens (réponse : vrai)

En début de formation,33,33 % ont bien répondu contre 100% en fin de session.

-Question 13 (vrai/faux) : suite à un traumatisme crânien, un patient peut présenter des troubles du comportement similaire à ceux rencontrés dans le trouble de la personnalité psychopathique (réponse : vrai).

83,33% des participants ont répondu juste au questionnaire d'entrée contre 100% au questionnaire de fin de session.

Ainsi, la notion de diagnostics différentiels somatiques aux troubles psychiatriques a encore une fois été très bien assimilée par le public.

- ✓ **Concernant la notion de soins sous contraintes**

-Question 3 (vrai/faux) : en psychiatrie, il peut arriver que les patients soient hospitalisés sans leur consentement (réponse : vrai)

100% des participants ont bien répondu, et ce dès le questionnaire d'entrée.

-Question 8 : (vrai/faux) : si une personne détenue présente un trouble mental pouvant compromettre sa sécurité et celle de ses codétenus, elle peut être admise sans son consentement à l'hébergement thérapeutique du SMPR (réponse : faux).

66,67% du public a bien répondu en début de formation contre 90,90% à son terme. Ainsi, ce point essentiel prédisposant à l'organisation des soins en prison a été globalement été acquis par le public.

- ✓ **A propos des indications d'hospitalisation à l'hébergement thérapeutique du SMPR**

-Question 10 : le risque suicidaire élevé est un critère d'admission à l'hébergement thérapeutique du SMPR (réponse : faux)

41,67% des participants ont bien répondu au questionnaire d'entrée contre 63,64% au questionnaire de fin de session. Ces chiffres sont donc meilleurs que ceux de la session précédente.

- ✓ **Sur la thématique du risque suicidaire**

-Question 6 : le meilleur facteur prédictif de passage à l'acte suicidaire est (entourez la bonne réponse) : l'anxiété ou la dépression ? (Réponse : l'anxiété)

8,33% ont bien répondu au premier questionnaire contre 36,36% au deuxième.

-Question 12 (vrai/faux) : demander directement à une personne si elle a des idées suicidaires peut précipiter un passage à l'acte (Réponse : faux)

100% ont bien répondu dès le premier questionnaire. Il est important de souligner que le public se composait essentiellement de directeurs et d'officiers gradés ayant bénéficié d'une sensibilisation sur l'évaluation du risque suicidaire (Professeur Jean-Louis Terra). Il est par ailleurs intéressant de préciser que les participants plus âgés se souvenaient avoir été autrefois sensibilisés à l'inverse.

- ✓ **Concernant le syndrome dépressif**

-Question 2 : entourez les causes possibles d'agitation

En début de session, 40% des participants ont entouré la dépression parmi les causes possibles d'agitation. Seulement 41,67% d'entre eux l'ont entouré au terme de la formation. Nous avons à nouveau profité du temps de correction collectif pour leur rappeler que dans certains cas, le syndrome dépressif peut se manifester par des états d'agitations.

- ✓ **Au sujet des troubles de la personnalité**

-Question 15 (vrai/faux) : un trouble de la personnalité nécessite impérativement la mise en place d'un traitement à visée curative (Réponse : faux)

58,33% des participants ont bien répondu dès le premier questionnaire contre 81,81% au deuxième. Cette notion a donc été acquise par la majorité des participants.

Ainsi, la majorité des objectifs pédagogiques furent atteints par nos partenaires lors de cette deuxième session de juin 2018.

3) Comparaison et synthèse des résultats obtenus par les deux groupes

En début de formation, les écarts types à la moyenne étaient quasi-identiques lors des sessions de mars et juin 2018 (6,33 en mars et 6,81 en juin). En fin de session, l'écart type diminua à 3,99 en mars avec un coefficient d'hétérogénéité à 29,04% et à 2,94 en juin avec un coefficient d'hétérogénéité à 21,04%. Les disparités existantes entre les participants furent donc davantage réduites après la session de juin 2018.

De manière générale, les notes obtenues par les participants de la session de juin furent sensiblement meilleures que celles obtenues par ceux de la session de mars que ce soir en début de formation ou à son terme. Comme nous l'avons mentionné précédemment, le public de la session de juin 2018 fut majoritairement composé de membres de la Direction de la maison d'arrêt et d'officiers gradés qui côtoient régulièrement l'équipe du Pôle 67P16 lors de réunions (réunion de rapport, CPU, réunions consacrées aux mineurs et aux « profils sensibles »). Lors de ces temps

d'échanges, nous les éclairerons sur l'organisation de la Psychiatrie en milieu pénitentiaire et sur certaines notions sémiologiques. Ces professionnels avaient déjà acquis un certain nombre de connaissances avant d'assister à la formation, ce qui explique que leur progression entre le début et la fin de la session fut moins marquée que celle du groupe de mars 2018 (gain relatif moyen de 35,43% pour le groupe de mars contre seulement 28,90% pour celui de juin 2018).

L'analyse des résultats par thématiques des participants des deux sessions nous permit de constater que certains chapitres ont occasionné des difficultés pour les deux groupes, plus précisément la notion de corrélation entre anxiété majeure et risque suicidaire, et la survenue possible de troubles de comportement de type agitation psychomotrice chez un patient dépressif. Nous insisterons davantage sur ces thématiques lors des sessions futures.

Nous sommes satisfaits des résultats obtenus par le public qui a atteint la majorité des objectifs pédagogiques lors des sessions de mars eu juin 2018. Notre ambition pour les prochaines sessions sera d'homogénéiser davantage les résultats des participants au terme de la formation.

B) EVALUATION PAR LES PARTICIPANTS DE LA FORMATION

1) Réponses du public de la première session au questionnaire de satisfaction

Au total, douze copies de ce questionnaire ont été rendues. Les réponses sont présentées dans les graphiques ci-après.

a) Satisfaction globale

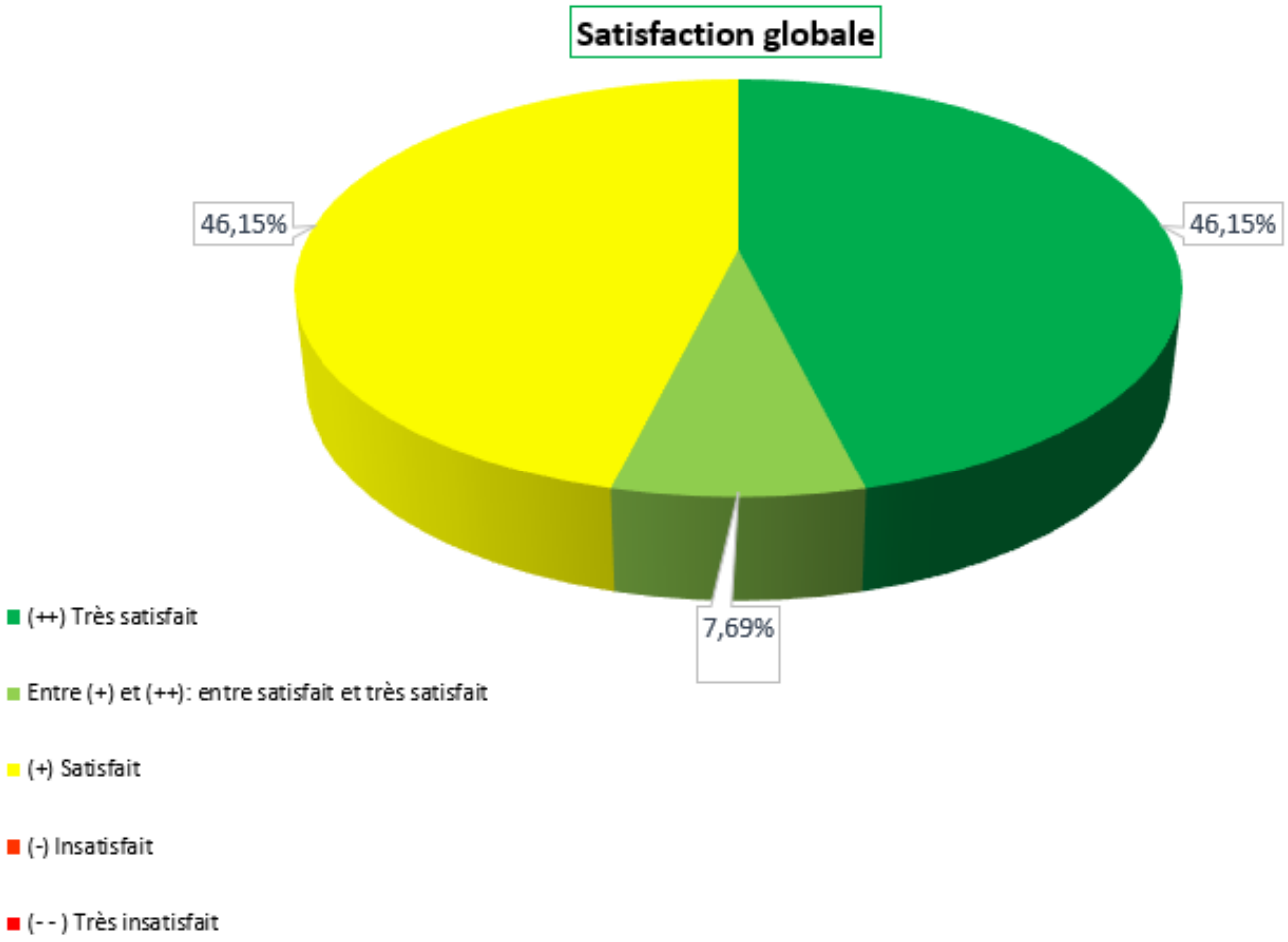

Figure 7. *Satisfaction globale. Session de mars 2018*

b) Evaluation du contenu du programme

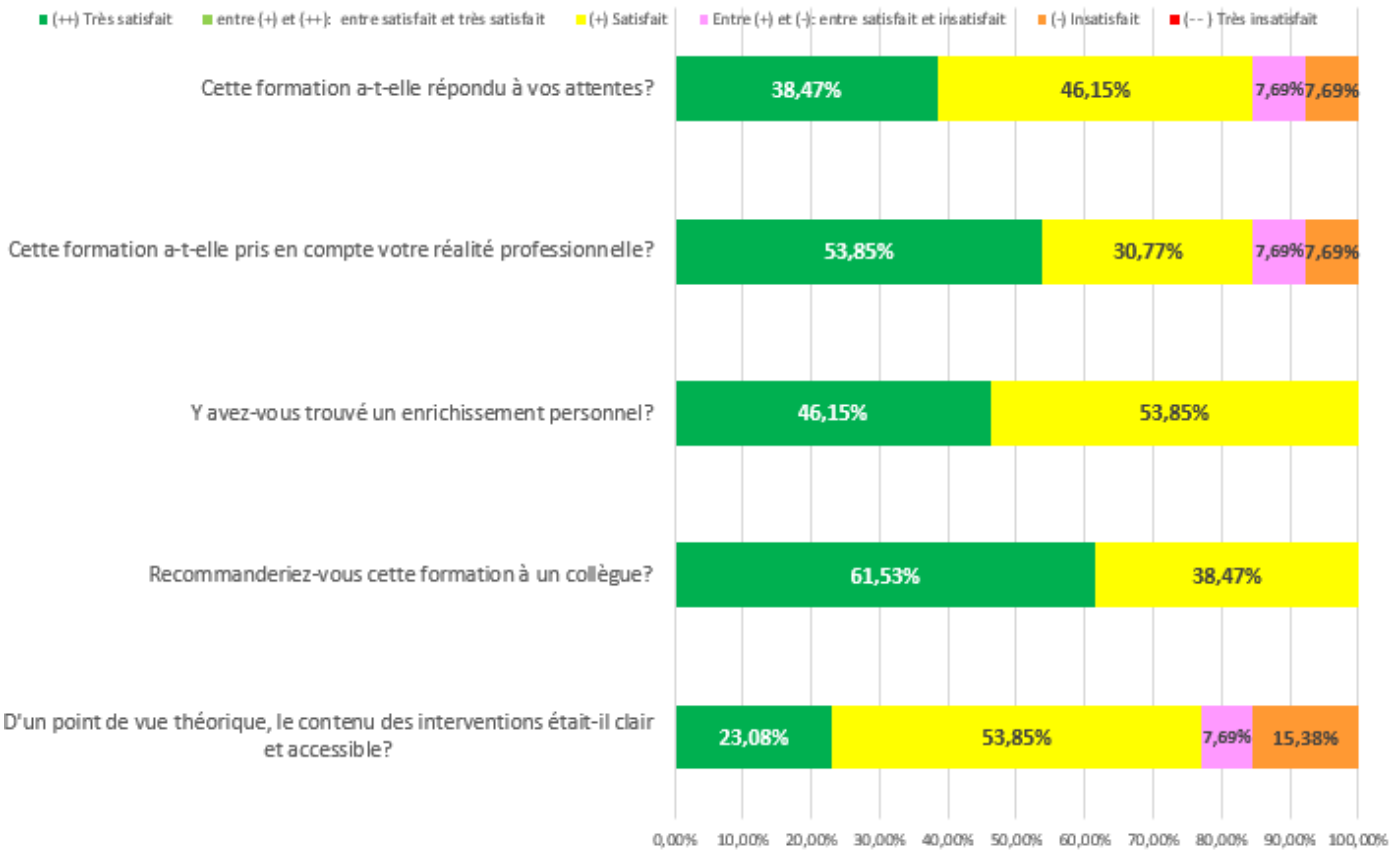

Figure 8. *Evaluation du contenu de la formation. Session de mars 2018.*

c) Appréciation de l'approche pédagogique

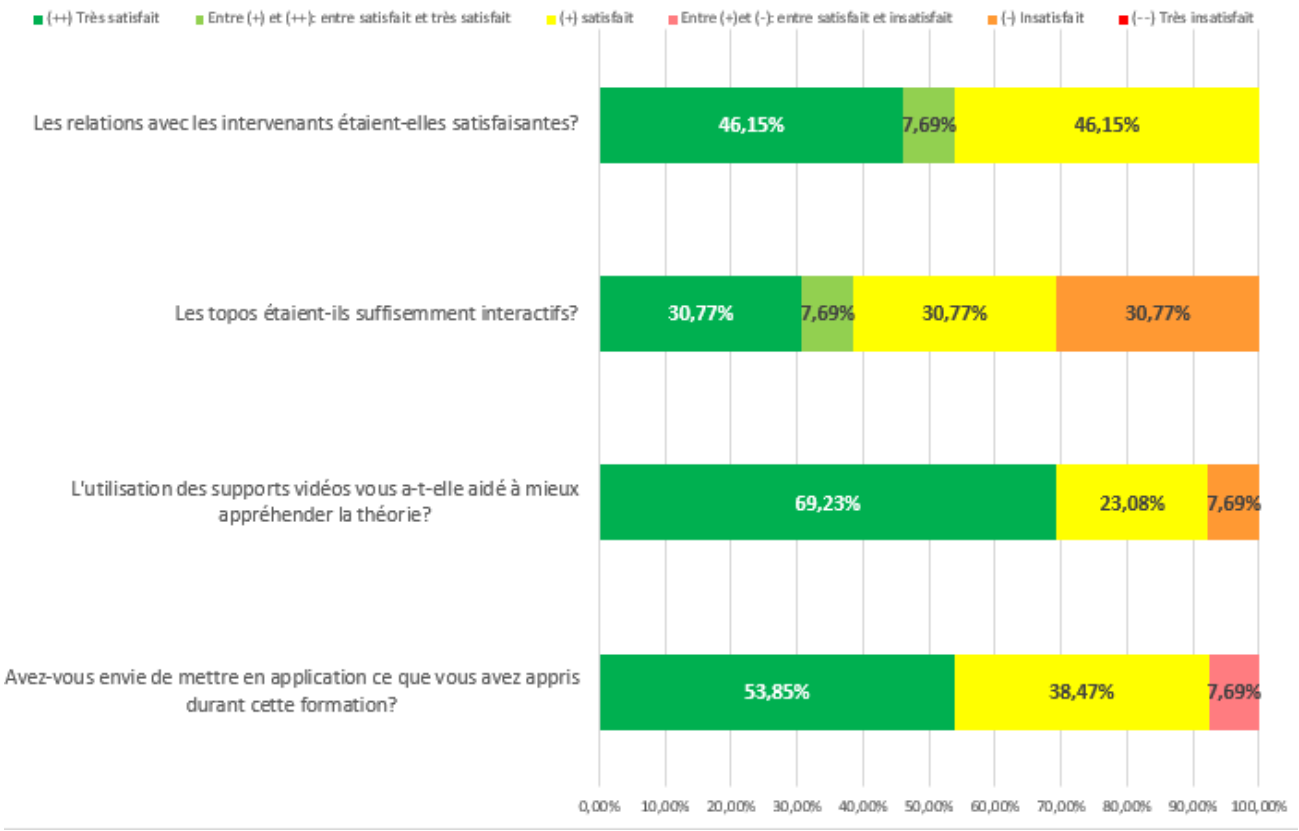

Figure 9. *Appréciation de l'approche pédagogique. Session de mars 2018.*

2) Réponses du public de la deuxième session au questionnaire de satisfaction

Dix copies de ce questionnaire ont été rendues (les participants n'avaient pas eu le temps de remplir le questionnaire à la fin de cette session. Ils l'ont rempli ultérieurement et nous ont fait parvenir leurs fiches de réponses numérisées par mail).

Les réponses sont présentées par les graphiques ci-dessous.

a) Satisfaction globale

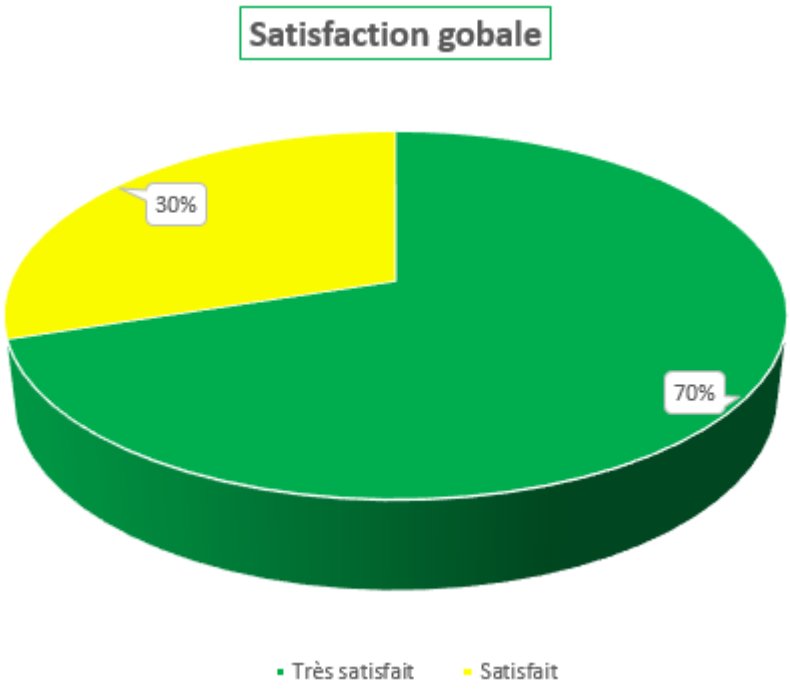

Figure 10. *Satisfaction globale. Session de juin 2018.*

b) Evaluation du contenu du programme

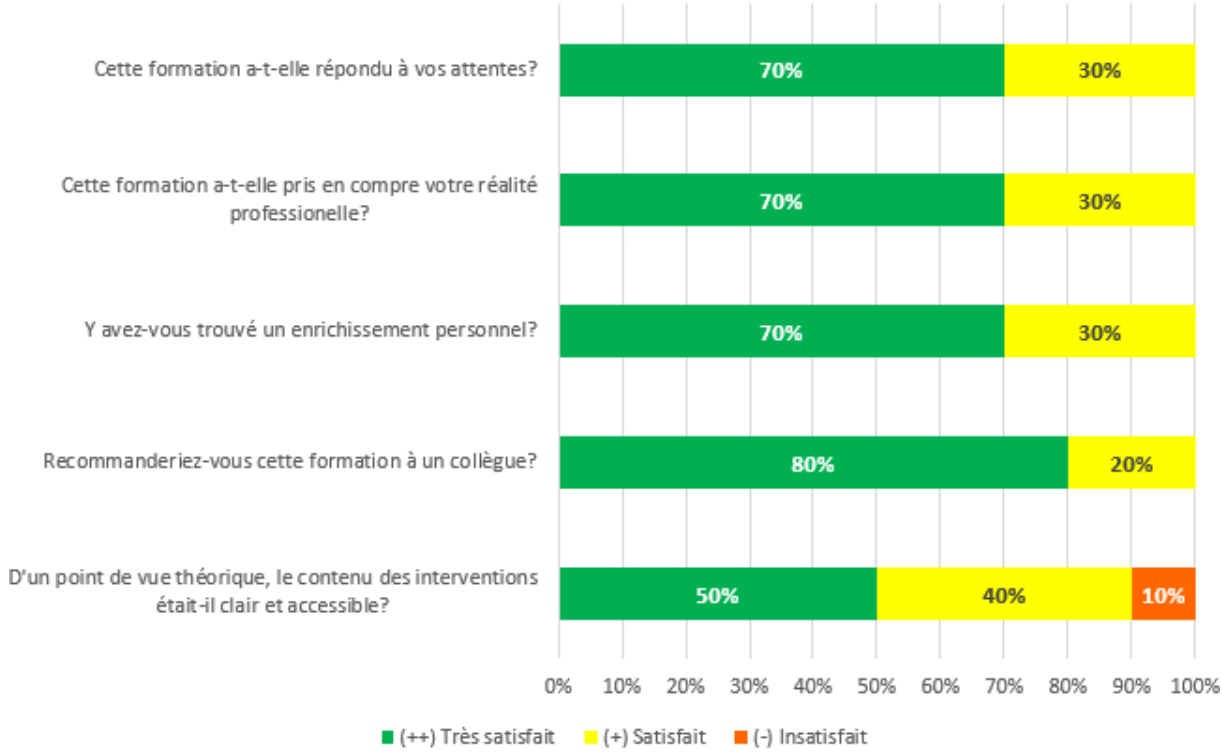

Figure 11. *Evaluation du contenu de la formation. Session de juin 2018.*

c) Appréciation de l'approche pédagogique

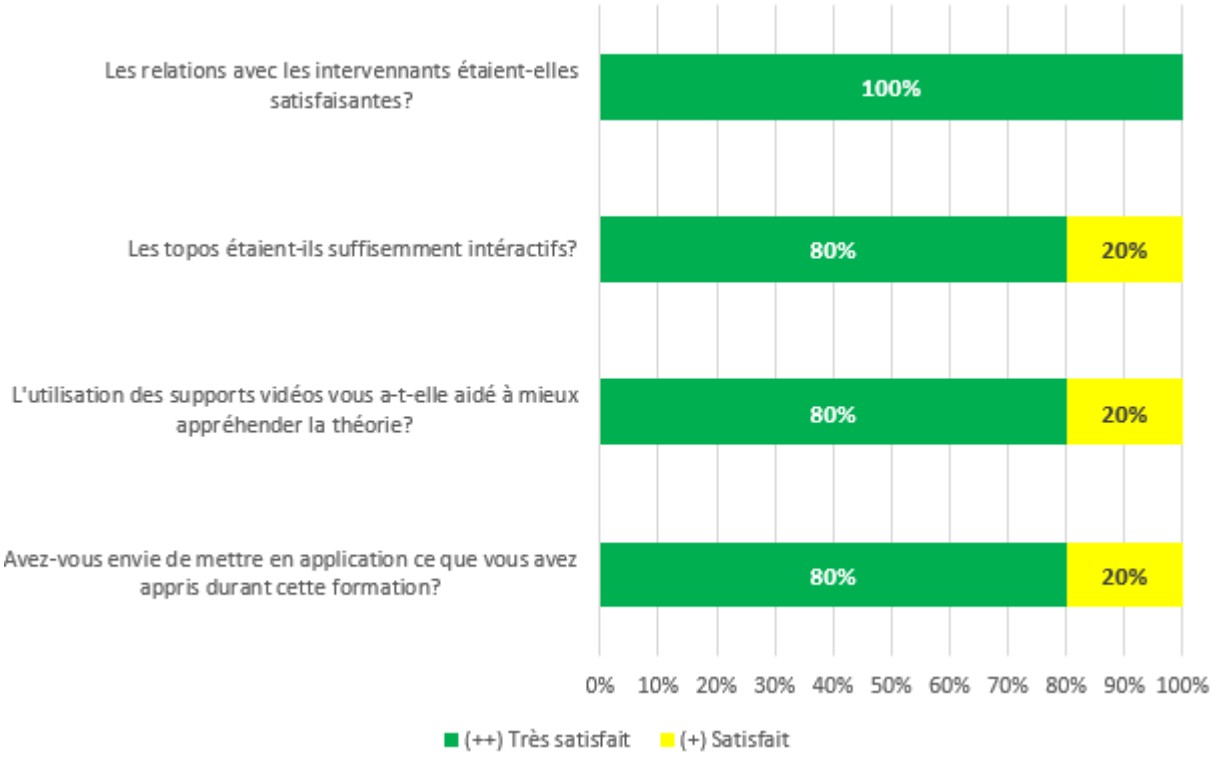

Figure 12. *Appréciation de l'approche pédagogique. Session de juin 2018.*

3) Synthèse

Les participants évaluèrent positivement la formation lors des deux sessions, aussi bien par écrit que lors des échanges oraux.

On note une amélioration des résultats lors de la deuxième session. Lors de la première session, concernant la satisfaction globale, 46,15% des participants attribuèrent la mention « très satisfait », 46,15% la mention « satisfait » et 7,70% entre « satisfait » et « très satisfait ».

Lors de la deuxième session, 70% du public attribua la mention « très satisfait » et 30% la mention « satisfait ». Ceci peut s'expliquer par le fait que les intervenants du pôle 67P16 avaient déjà fait l'expérience d'une première session et ont pu adapter leurs présentations à la lumière des résultats et des retours de la première session. Il faut également prendre en considération le fait que, comme nous l'avons évoqué précédemment, le public de la deuxième session était majoritairement composé de membres de la direction de la maison d'arrêt et d'officiers gradés, professionnels cotoyant régulièrement les intervenants du pôle 67P16 lors de réunions et ayant de ce fait déjà acquis un certain nombre de connaissances avant d'assister à la formation.

Ainsi, les retours furent positifs. Nous continuerons à adapter le programme de sensibilisation au fil des sessions et des publics.

V) PERSPECTIVES D'EVOLUTION DU PROJET

Le programme de sensibilisation à la psychiatrie évoluera au fil des sessions et des besoins de nos partenaires.

Lors des deux premières sessions, le public a particulièrement apprécié l'interactivité des interventions. Nous prévoyons que les prochaines le soient davantage en proposant d'autres approches pédagogiques comme des jeux de rôles avec mises en situation (sur l'évaluation du risque suicidaire et la gestion de la violence notamment).

Nous projetons également de prolonger l'intérêt pédagogique des vidéos de cas cliniques en numérisant l'ensemble des VHS du Docteur Le Gal, voire en relançant l'enregistrement de nouveaux cas.

Nous formaliserons les documents que nous fournissons au public sous une forme plus littéraire que des PowerPoints. Nous remettrons à tous les participants un livre de fiches de synthèse en format de poche de sorte qu'ils puissent l'avoir sur eux et l'utiliser au quotidien sur le terrain.

Par ailleurs, nous envisageons une formation de sensibilisation à l'Addictologie distincte de cette présente formation, mais dans le même esprit de concertation et d'amélioration de la qualité des prises en charge.

Enfin, il nous a été proposé, à la suite de ses deux sessions et des retours effectués, de mettre en commun, sous l'égide de l'Agence Régionale de Santé et la Direction Interrégionale des Services Pénitentiaires, la formation réalisée par le pôle 67P16 avec celles réalisées sur la région Grand Est à Metz et à Chalon en Champagne.

CONCLUSIONS

Notre programme de sensibilisation à la clinique psychiatrique fut très bien accueilli par nos partenaires qui firent preuve d'attention et de curiosité au cours de ces deux premières sessions. Ils nous firent part de leurs étonnements et leurs prises de conscience des réalités inhérentes aux troubles mentaux se traduisirent par l'abandon de certaines idées reçues sur la Psychiatrie.

Cette formation permit aux professionnels de la Maison d'Arrêt de Strasbourg de relier un savoir empirique acquis au cours de l'exercice de leur métier à des notions théoriques dont ils ne pensaient pas qu'elles existaient de façon formalisée. Notre défi fut de rendre la Psychiatrie accessible aux participants tout en mettant en exergue la complexité d'une science médicale souvent mésestimée car méconnue du grand public dans son organisation et son fonctionnement, mais dont tout un chacun pense, au contraire des autres disciplines médicales, avoir quelque chose à en dire, à fortiori nos partenaires en milieu pénitentiaire. Comme nous l'avons souligné à plusieurs reprises tout au long cette thèse, il ne leur est en aucun cas demandé de se substituer aux professionnels de santé mentale. Cependant cette formation leur offre, par des connaissances théoriques nouvellement acquises, la possibilité de contribuer de façon indirecte mais considérable à l'amélioration de la qualité des prises en charge des détenus souffrant de troubles psychiques à la Maison d'Arrêt de Strasbourg. Lors de ces deux premières sessions, nous nous appliquâmes à les aider à développer leurs capacités d'écoute, d'empathie, de réassurance et d'observation. Nous profitâmes de ce temps de formation pour rénover le formulaire de signalement, document traçant les échanges entre le pôle et ses partenaires, en l'adaptant à leur réalité professionnelle. Ainsi,

une communication fluide et sécurisée entre ces professionnels et notre pôle de santé mentale et d'addictologie nous permettra d'honorer une de nos missions communes, à savoir la facilitation de l'accessibilité des détenus aux soins, conformément à la loi du 18 janvier 1994. Il sera intéressant à l'avenir de relever si une tendance à l'augmentation du nombre de patients psychotiques suivis au Pôle 67P16 s'observe. En effet, au cours de ces deux sessions, nous nous attachâmes, parmi les différents troubles évoqués, à mettre l'accent sur les patients qui évoluent sur un mode déficitaire ou de repli sur soi. Les partenaires nouvellement formés seront ainsi plus en mesure de repérer et signaler ces détenus au Pôle 67P16 de telle sorte qu'ils aient les mêmes chances d'accès aux soins que ceux présentant des symptômes positifs ou spectaculaires. Dans l'hypothèse où les chiffres du pôle devaient révéler une augmentation du nombre des prises en charges de patients psychotiques, il nous faudra les mettre en regard des signalements rédigés par les partenaires ayant été sensibilisés afin d'évaluer l'impact de notre programme de formation.

Nous nous appliquerons par ailleurs à analyser, toutes catégories de patients confondues, les signalements rédigés par les partenaires ayant déjà bénéficié de la formation. En les comparant à ceux envoyés par ces mêmes professionnels avant qu'ils aient été sensibilisés, nous pourrons évaluer leur progression et donc le transfert des acquis de la formation sur le terrain.

L'efficacité pédagogique du programme est évaluée par un même questionnaire rempli par les participants en début et fin de session. L'analyse des résultats révèle une augmentation et une homogénéisation des notes après chaque session, soit un effet positif et significatif de l'apprentissage. L'étude des résultats par thématiques après la formation nous permet de

cerner les notions les plus difficiles à appréhender pour le public afin réajuster, sur mesure, notre programme pour les sessions suivantes.

En réciproque, nous demandons également aux participants d'évaluer notre formation par un questionnaire de satisfaction et un retour sous forme d'échange oral en fin de session. Les participants des deux premières sessions évaluèrent très positivement notre programme avec une mention particulière pour les projections vidéo de cas cliniques qui leur permirent d'effectuer un lien immédiat avec les notions théoriques proposées dans la formation et avec certaines de leurs expériences professionnelles passées. Fut également apprécié que la formation soit pensée de façon interactive. Nous prévoyons à cet égard que les prochaines sessions le soient davantage par la proposition d'un jeu de rôle sur l'évaluation du risque suicidaire. La visite guidée des unités fermées rencontra également un franc succès et fit naître chez nos partenaires une idée que nous retiendrons : organiser en retour et de façon régulière une visite de la Maison d'Arrêt de Strasbourg pour les professionnels de santé mentale. Cet échange de visibilité des pratiques permettra notamment de sensibiliser nos collègues hospitaliers aux contraintes des prises en charge de patients sous écrou.

L'expérience de ces deux premières sessions fut très enrichissante pour le public comme pour les intervenants. Nous poursuivrons l'enseignement de ce programme de sensibilisation à la Psychiatrie et le ferons évoluer au fil des sessions et des besoins de nos partenaires. Notre prochain projet consiste en la mise en commun, à la demande et sous l'égide de l'Agence Régionale de Santé, de notre formation avec celles réalisées aux Services Médico-Psychologiques Régionaux de Metz et de Chalon en Champagne en vue d'une harmonisation du Projet Régional de Santé sur la thématique des soins aux détenus. Ce partage d'expériences

permettra une amélioration et une homogénéisation de la qualité de prise en charge des détenus sur la Région Grand Est.

VU

Strasbourg, le 29/9/18

Le président du Jury de Thèse

Professeur Gilles BERTSCHY

VU et approuvé

Strasbourg, le 02 OCT. 2018

Le Doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg

Professeur Jean SIBILIA

ANNEXES

Annexe 1 : « Liste des SMPR de France »

Les établissements pénitentiaires cités ci-dessous disposent de SMPR :

- Maison d'arrêt d'Amiens
- Centre pénitentiaire de Basse Terre ;
- Maison d'arrêt de Bois-d'Arcy ;
- Maison d'arrêt de Bordeaux-Gradignan ;
- Maison d'arrêt de Caen ;
- Maison d'arrêt de Châlons-sur-Marne ;
- Maison d'arrêt de Dijon ;
- Maison d'arrêt de Fleury-Mérogis ;
- Centre pénitentiaire de Ducos (Martinique);
- Centre pénitentiaire de Fresnes ;
- Maison d'arrêt de Grenoble-Varces ;
- Centre pénitentiaire de La Plaine-des-Galets ;
- Centre pénitentiaire de Sequedin ;
- Centre pénitentiaire de Lille Annœullin ;
- Maison d'arrêt de Lyon ;
- Centre pénitentiaire de Marseille-les Baumettes ;
- Centre pénitentiaire de Metz-Queuleu ;
- Centre pénitentiaire de Nantes ;
- Maison d'arrêt de Nice ;
- Centre pénitentiaire d'Orléans-Saran ;
- Maison d'arrêt de Paris-la Santé ;
- Centre pénitentiaire de Perpignan ;
- Maison d'arrêt de Poitiers ;
- Maison d'arrêt de Rennes ;
- Maison d'arrêt de Rouen ;
- Maison d'arrêt de Strasbourg ;
- Maison d'arrêt de Toulouse.

Annexe 2 : « Secret Professionnel : Engagement sur l'honneur » *(pour exemple celui utilisé lors de la session de juin 2018)*

Pôle 67P16 (SMPR – CSAPA)
Etablissement Public de Santé Alsace Nord
141, avenue de Strasbourg – BP 83
67173 BRUMATH Cedex

Maison d'arrêt de Strasbourg
6, rue Engelmann – BP 10025
67035 STRASBOURG Cedex 2

SECRET PROFESSIONNEL

ENGAGEMENT SUR L'HONNEUR

Je, soussigné :

Civilité : ……

NOM : ……

Prénom : ……

Grade ou fonction : ……

m'engage sur l'honneur à respecter le secret professionnel et à ne rien divulguer, en dehors du cadre de la formation ***sensibilisation à la psychiatrie*** dont je bénéficie sur le site de l'EPSAN les 25/06/2018 et 26/06/2018, de ce que je pourrai être amené à connaître d'une quelconque personne, détenu ou patient.

J'ai été averti que tout manquement à cet engagement est passible de poursuite.

Fait à Brumath, le 25/06/2018

Signature : ……

ANNEXE 3 : « *Check List* de la psychiatrie en milieu pénitentiaire »

1) *Check List* clinique :

-**Rupture avec l'état antérieur** « il n'est pas comme d'habitude »

-**Facteur déclenchant** (mauvaise nouvelle, jugement, problèmes familiaux, de santé, conflits avec les autres détenus)

-Présentation (soignée, négligée, tenue adaptée ou débraillée)

-**Contact (comment est-il face à vous de prime abord, quelle est votre première impression ?) : méfiance ou confiance, bizarrerie, regarde l'interlocuteur dans les yeux ou regard fuyant, accepte ou non de serrer la main.**

-Coopérant ou non

-Calme, nerveux voire agité

-**Cohérence des propos** : ce qu'il dit est-il compréhensible et plausible ?

-Attitudes d'écoute : tend l'oreille alors qu'il n'y a pas de son

-Orienté dans le temps ? (Connait la date du jour), dans l'espace ? (Sait qu'on est à la Maison d'Arrêt)

-Signes d'anxiété : nervosité palpable, tremblements, sueurs, accélération de la respiration

-Thymie=**humeur** : triste, joyeuse ou neutre

-**Conduites instinctuelles : sommeil, alimentation, sexualité**

-Idées suicidaires+++

2) Le patient et l'environnement carcéral :

-Situation pénale (primo-incarcération ou récidive, motif d'incarcération, prévenu ou condamné (si condamné durée de la peine)

-Adaptation à l'environnement carcéral : activités en détention (sport, promenade, bibliothèque, travail à l'atelier, auxi…), relations avec les autres personnes détenues (sociable ou replié sur lui-même, insultant ou aimable), relations avec les agents pénitentiaires.

-Seul ou doublé en cellule

-**Notion de risque auto ou hétéro-agressif : inscrit sur listes CPU** « surveillance spécifique », « à laisser seul en cellule » ou « à ne pas laisser seul en cellule)

-**Relations avec l'extérieur : parloirs ?**

3) <u>Antécédents :</u>

-**Antécédents psychiatriques (hospitalisations, tentatives de suicide, suivi psychiatrique en milieu libre)**

-**Suivi au SMPR ou au CSAPA si oui par qui (Psychiatre, IDE, psychologue, sociothérapie)**

-Antécédents somatiques (problèmes de santé organiques, allergies, antécédents de traumatismes crâniens)

-Traitement en cours

4) <u>Eléments biographiques</u> :

-Célibataire ou en couple (commencer par poser la question de manière ouverte : avez-vous quelqu'un dans votre vie? Et dans un second temps seulement poser des questions plus précises si nécessaire)

-des enfants ?

-**Famille soutenante, amis ou isolement social ?**

-Relation avec les proches (parloirs)

-Logement ou sans domicile fixe ?

Annexe 4 : « Exemple de diaporama de cours : *les conduites suicidaires* »

EPSAN Etablissement Public de Santé Alsace Nord

Conduites suicidaires et repérage du risque de passage à l'acte

26/03/2018

Christelle RISCH
Interne en Psychiatrie
Pôle 67P16 - EPSAN

Définitions

- Le suicide est une mort volontaire où la personne décide elle-même de mettre fin à ses jours.

- On ne parle de suicide que lorsqu'il y a décès. Le sujet est alors dit « suicidé ».

Définitions

- **Tentative de suicide** :

  - La personne a porté volontairement atteinte à son intégrité physique dans le but de mourir mais a survécu. Le sujet ayant survécu est alors dit « suicidant ».

  - **La tentative de suicide est un facteur de risque de suicide+++**

EPSAN Etablissement Public de Santé Alsace Nord

Définitions

- **Idées suicidaires :**

  - Désir de mourir qui peut précéder un passage à l'acte suicidaire
  - Donc un facteur de risque de suicide et de tentative de suicide+++

- **Notion d'équivalent suicidaire** : mécanisme psychique inconscient à l'origine de conduites à risques :

  - mises en situation dangereuse
  - usage de stupéfiants
  - pratiques sexuelles à risque,
  - auto-mutilations (ex: scarifications, brûlures avec cigarette)
  - refus de de soigner (refus des médicaments)

EPSAN Etablissement Public de Santé Alsace Nord

Qu'est ce qu'une crise suicidaire?

- « Crise psychique dont le risque majeur est le suicide »
- Période durant laquelle la personne se sent dépassée, considérant la mort comme le seul échappatoire à ses problèmes

« J'ai tout essayé, la mort est le seul moyen d'échapper à tout ça ».

EPSAN Etablissement Public de Santé Alsace Nord

Qu'est ce qu'une crise suicidaire?

Il s'agit donc d'un phénomène:

- Brutal
- Aigu
- Mettant en jeu le pronostic vital
- Mais aussi **temporaire et réversible**

EPSAN Etablissement Public de Santé Alsace Nord

Qu'est ce qu'une crise suicidaire?

- Toute rupture avec l'état antérieur doit alerter « c'est bizarre, il n'est pas comme d'habitude »

- Attention: une amélioration soudaine et inexpliquée doit alerter « soudain il a l'air d'aller beaucoup mieux on le retrouve ». Cela peut correspondre à une intention de passer à l'acte.

EPSAN Etablissement Public de Santé Alsace Nord

Qu'est-ce qu'une crise suicidaire?

- Repérer des « comportements de départ » (ex: donner son T-Shirt préféré à son co-détenu pour qu'il ait un souvenir)

- Lettre d'adieux?

EPSAN Etablissement Public de Santé Alsace Nord

Facteurs de risque de suicide

Classification de Rihmer de 1996) (du plus au moins significatif) :

1) **Facteurs de risque primaires = la psychiatrie**

- Pathologie psychiatrique connue (dépression, schizophrénie) ou conduites additives, suivi en cours, antécédents d'hospitalisations.
- Antécédents personnels de tentatives de suicide +++
- Antécédents familiaux de suicide ou de tentative de suicide, de pathologies psychiatriques en général
- Impulsivité (actes précédent la pensée, fréquent en milieu carcéral)
- Intention exprimée

EPSAN Etablissement Public de Santé Alsace Nord

Facteurs de risque de suicide

2) Facteurs de risque secondaires : les éléments biographiques

- Isolement social, familial
- Pertes parentales précoces (décès des parents ou abandon dans l'enfance)
- Chômage
- Relations conflictuelles avec la famille, le conjoint…
- Difficultés financières ou liées au logement
- Evènements de vie « négatifs » : mauvaises nouvelles

EPSAN Etablissement Public de Santé Alsace Nord

Facteurs de risque de suicide

3) Facteurs de risques tertiaires : non modifiables

- Sexe masculin
- Tranches d'âge :
- Adolescence : période de grands changements, de vulnérabilité
- Vieillesse : « âge des pertes et des deuils »
- « périodes » à risque : fêtes, anniversaires (de décès par exemple)

EPSAN Etablissement Public de Santé Alsace Nord

Facteurs de risque de suicide

- STOP aux idées reçues!!!

« Ceux qui ont fait plein de tentatives de suicide ne veulent pas vraiment mourir sinon ils seraient déjà morts »

« il fera d'autres tentatives telle qu'on le connait mais il n'y a pas de quoi s'alarmer il fait toujours ça »

Les **antécédents personnels de tentative de suicide** sont un facteur de risque de suicide+++

EPSAN Etablissement Public de Santé Alsace Nord

Mise au point sur le vocabulaire

- L'expression « idées noires » très utilisée par les personnes détenues pour exprimer leur détresse donc souvent retrouvée dans les signalements.

- Ne préjuge pas forcément de la présence d'idées suicidaires, donc peu informatif

→ terme à bannir!!!

EPSAN Etablissement Public de Santé Alsace Nord

Mise au point sur le vocabulaire

Exemple :

Monsieur X vient d'apprendre qu'un de ses proches est décédé. Si vous lui demandez s'il a des idées noires, il vous répond que oui.

EPSAN Etablissement Public de Santé Alsace Nord

Mise au point sur le vocabulaire

- Monsieur X. a-t-il des idées suicidaires?

➢ Vous ne pouvez pas le savoir. Il a pu dire qu'il avait des idées noires car ce terme illustre bien la tristesse qu'il éprouve.

Comment savoir si une personne a des idées suicidaires?

- Comment savoir alors si Monsieur X. a des idées suicidaires? (sachant qu'il ne dit rien spontanément à ce sujet)

➢ Ne pas avoir peur de lui poser la question!!!!

Comment savoir si une personne a des idées suicidaires?

- Le fait de lui poser la question ne va pas lui donner des idées suicidaires s'il n'en a pas.

- Et s'il en a cela ne précipitera pas le passage à l'acte, bien au contraire. Cela pourrait l'aider car il saura qu'il y a des personnes bienveillantes à qui il peut en parler ce qui peut le dissuader de passer à l'acte.

EPSAN Etablissement Public de Santé Alsace Nord

Comment savoir si une personne a des idées suicidaires?

- Poser néanmoins la question avec tact:

***Exemples*:**

- Pensez-vous parfois à vous faire du mal à vous-même?
- Si oui comment? Serait-ce pour mourir?
- Vous arrive-t-il d'avoir des idées suicidaires? Vous pouvez nous en parler nous sommes là pour vous aider.

EPSAN Etablissement Public de Santé Alsace Nord

Exemples de réponses possibles

« je ne pense pas du tout à la mort, je n'ai aucune intention de me faire du mal »
= **Pas d'idée de mort**

« Je n'ai pas l'intention de me faire du mal, ni de me suicider mais parfois je me dis que ce serait mieux si je m'endormais pour ne plus me réveiller
= **Désir de mort passif** sans intention de passer à l'acte
(fréquent dans la dépression)

« Je ne vais pas me blesser mais j'ai arrêté de prendre mes médicaments pour les reins dans le but de mourir »
= **Equivalent suicidaire**

EPSAN Etablissement Public de Santé Alsace Nord

Evaluation du risque suicidaire: urgence et dangerosité suicidaire selon la Haute Autorité de Santé

7 points clés:

1) Niveau de souffrance « je souffre énormément, ça ne peut pas s'arranger »
2) Degré d'intentionnalité : idées floues ou scénario établi avec intention de passer à l'acte dans un futur proche) « j'ai l'intention de me suicider par pendaison ».
3) Impulsivité : l'acte devance la pensée
4) Existence d'un facteur précipitant :évènements de vie négatifs (ex mauvaise nouvelle)
5) Moyens létaux à disposition (ex: médicaments, objets tranchants)
6) Entourage de « mauvaise qualité » (proches peu soutenants) voire isolement social, familial.

EPSAN Etablissement Public de Santé Alsace Nord

Evaluation du risque suicidaire

L'anxiété est fortement corrélée au risque suicidaire+++

- Un patient dépressif est ralenti, inhibé, moins dans « l'agir » qu'un patient anxieux. Mais attention, un patient dépressif peut très bien être aussi anxieux: l'anxiété peut lever l'inhibition d'où le risque de passage à l'acte.

- Lors d'un raptus anxieux, le suicide peut être perçu pour le patient comme la seule solution possible.

EPSAN Etablissement Public de Santé Alsace Nord

Facteurs protecteurs

- Qualité de l'entourage (proches, famille)

« je ne ferais jamais ça, ma famille m'aide à tenir, elle est ma raison de vivre»
« mes proches tiennent trop à moi pour que je leur fasse ça »

- La religion

« ce sont mes croyances qui m'aident à tenir »
« Le suicide est interdit dans ma religion »

EPSAN Etablissement Public de Santé Alsace Nord

Conduite à tenir pour le personnel de la Maison d'Arrêt

Si une personne détenue semble présente un risque suicidaire (parait triste, a appris une mauvaise nouvelle…)

1) **Lui demander** si elle a des idées suicidaires
2) Si oui: **verbalise-t-elle l'intention de passer à l'acte?**
3) Antécédents personnels de tentative de suicide (là encore lui poser la question)
4) Chercher signes de dépression et surtout d'**anxiété** associés
5) Attitude à l'entretien: calme et posé ou agité voire agressif?
6) Contexte social, familial (qualité entourage)
7) Motif d'incarcération: longue peine?

EPSAN Etablissement Public de Santé Alsace Nord

Conduite à tenir pour le personnel de la Maison d'Arrêt

8) Se projette-elle dans l'avenir? Ex: « je suis content de savoir que je travaille à l'atelier demain »

9) Ne jamais minimiser le risque suicidaire

10) Signaler au Pôle 67P16 (Signalement écrit par fax et dans la mesure du possible signalement oral)

- Avec le maximum d'informations pouvant nous permettre d'évaluer le degré d'urgence
- Ne pas utiliser le terme idées noires, peu informatif pour nous.
- Tenter de donner une estimation du degré d'urgence dans le signalement

EPSAN Etablissement Public de Santé Alsace Nord

Que propose le Pôle 67P16?

- Suite au signalement; évaluation:
  - Le jour même ou dans la semaine selon le degré d'urgence.
  - Par un psychiatre, un infirmier en psychiatrie ou par un psychologue (si le patient bénéficie déjà d'un suivi psychologique).

EPSAN Etablissement Public de Santé Alsace Nord

Que propose le Pôle 67P16?

Après l'évaluation, retour écrit à l'administration pénitentiaire par fax et retour oral dans la mesure du possible:

- Fax de réassurance « tout va bien »
- Pas d'idées suicidaires mais nécessité de suivi
- Idées de mort passives ou idées suicidaires sans intention de passer à l'acte dans un futur proche: préconisation éventuelle de placement en cellule double (inscription liste CPU) voire indication d'un co-détenu de soutien. Préconisation d'inscription sur le liste CPU « Surveillance spécifique »
- Risque suicidaire important: indication d'hospitalisation en service de psychiatrie. En attendant le transfert, un placement en CeproU est souvent préconisé

EPSAN Etablissement Public de Santé Alsace Nord

Points clés

- Ne pas minimiser le risque suicidaire
- Les antécédents de tentative de suicide sont un facteur de risque de suicide+++
- Préciser si intentionnalité suicidaire verbalisée, scénario
- Resituer le patient dans son contexte (pénal, familial, sociétal)
- Anxiété = corrélée au risque suicidaire+++
- Signaler avec le plus de précisions possible+++

EPSAN Etablissement Public de Santé Alsace Nord

BIBLIOGRAPHIE

1. Denis F., Grohens M. Psychiatrie et Prison. Laennec. 2016 ; 64 (3) :18-31

2. Thomas P., Fovet T., Amad A. Psychiatrie en milieu pénitentiaire : entre nécessité et ambiguïté. Annales Médico-Psychologiques. Mai 2015 ; 173 (4) : 348-351

3. Legifrance. Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale. [En ligne] Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000728979 Consulté le 1/07/2018

4. Hochmann J. Histoire de la Psychiatrie. Paris : Presses Universitaires de France ; 2004, 127p.

5. Quétel C. Histoire de la Folie : de l'Antiquité à nos jours. Deuxième Edition. Paris : Tallendier ; 2012, 619p.

6. David M. Le cheminement historique des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire. In : Michel L., Brahmy B. Guide de la pratique psychiatrique en milieu pénitentiaire. Paris : Heures de France ; 2005, 476p

7. Assistance Publique des Hôpitaux de Paris. Bicêtre, une histoire de l'hôpital. [En ligne]. Disponible sur : https://www.aphp.fr/contenu/bicetre-une-histoire-de-lhopital . Consulté le 11/07/2018.

8. Foucault M. Folie et déraison : Histoire de la Folie à l'âge Classique. Paris : Gallimard ; 1972, 583 p. [En ligne]. Disponible sur : https://monoskop.org/images/2/29/Foucault_Michel_Histoire_de_la_folie_a_l_age_classique.pdf Consulté le 1/07/2018.

9. Tribolet S. Guide pratique de psychiatrie. Sixième édition. Paris : Heures de France ; 2011, 446p.

10. Bodon-Bruzel M. Historique et évolution de l'organisation des soins en milieu carcéral. La revue de l'infirmière. Mars 2013 ; N°189 : 16-19.

11. Renneville M. Psychiatrie et prison : une histoire parallèle. Annales Médico Psychologiques. 2004 ; 162 (8) 653-656.

12. Geopolis-Francetvinfo. Ribadeau Dumas L. France: hommage aux 45.000 handicapés mentaux morts sous l'Occupation. geopolis.francetvinfo.fr publié le 20/02/2015, mis à jour le 12/12/2016. [En ligne]. Disponible sur : http://geopolis.francetvinfo.fr/france-quel-hommage-pour-les-handicapes-mentaux-morts-sous-loccupation-54055. Consulté le 20/06/2018.

13. Handicap.fr. 300 000 victimes handicapées des Nazis : se souvenir… [En ligne]. Disponible sur : https://informations.handicap.fr/art-nazis-extermination-handicapes-989-9834.php .Consulté le 6/07/2018.

14. Manzanera C., Senon J.-L. Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire : organisation, moyens, psychopathologies et réponses thérapeutiques. Annales Médico-Psychologiques. Octobre 2004 ; 162 (8) : 686-699

15. Chanty J. L'UHSA, une amélioration du dispositif de soins. Soins Psychiatrie. Mars/Avril 2016 ; N°303 : 30-34.

16. Legifrance. Loi n° 85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique**.** [En ligne]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000878232 . Consulté le 1/07/2018.

17. Legifrance. Décret n°86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique. [En ligne]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006065611&dateTexte=20050725 . Consulté le 1/07/2018.

18. Legifrance. Loi n°92-683 du 22 juillet 1992 portant réforme des dispositions générales du code pénal [En ligne] Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000359434&categorieLien=id consulté le 1/07/2018

19. Legifrance**.** Loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice**.** [En ligne] Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000775140 Consulté le 1/07/2018

20. Fovet T., Thomas P., Amad A. Psychiatrie en milieu pénitentiaire : une sémiologie à part ? EM consulte Annales Médico-Psychologiques. 2015. 173 (2015) 726-730.

21. Senon J.-L. Psychiatrie et prison : toujours dans le champ de l'actualité. Annales Médico-Psychologiques. 2004. 162 (8) 646-652.

22. Senon J.-L., Manzanera C., Papet N. Aspects médico-légaux des troubles bipolaires. L'Encéphale. 2006 ; 32 (4) : 547-552.

23. Association Nationale pour la Promotion des Soins Somatiques en Santé Mentale. Thomas P. Santé en milieu carcéral. [En ligne]. Disponible sur : http://www.anp3sm.com/wp-content/uploads/2014/06/Thomas-Pierre-Sant%C3%A9-en-Milieu-Carc%C3%A9ral.pdf . Consulté le 29/07/2018.

24. Observatoire International des Prisons. Section Française. Qui sont les personnes incarcérées ? [En ligne]. Disponible sur : https://oip.org/en-bref/qui-sont-les-personnes-incarcerees/ **.** Consulté le 1/08/2018.

25. Bodon-Bruzel M. Psychiatrie en milieu pénitentiaire. Encycl Med Chir. (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie, 37-953-A-10, 2013, 15p.

26. Observatoire international des Prisons. Section Française. Malades psychiques en prison : une folie. [En ligne]. Disponible sur : https://oip.org/analyse/malades-psychiques-en-prison-une-folie/. Consulté le 3/07/2018.

27. Société Française de Médecine d'Urgence. Sautereau M., Giret G. Motifs de recours au psychiatre en milieu carcéral. [En ligne]. Disponible sur : http://www.sfmu.org/upload/70_formation/02_eformation/02_congres/Urgences/urgences2013/donnees/pdf/004_Sautereau.pdf . Consulté le 3/07/2018.

28. Gravier B. Le psychiatre, le juge et la peine. Annales Médico-Psychologiques. 2004. 162 (8) : 676-681.

29. Pubmeg.gov. US National Library of Medicine National Institute of Health. [En ligne] Disponible sur : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10827880

30. Légifrance**.** LOI n° 2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales. [En ligne]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029362502&categorieLien=id . Consulté le 1/08/2018.

31. Archer E. Réflexions sur les fondements d'une « Clinique psychiatrique en milieu pénitentiaire ». EM consulte Annales Médico-Psychologiques. 2004. 162 (2004) 668-671.

32. Trouvé I., Touitou D. Les effets pathogènes du milieu carcéral. La revue de l'infirmière. Mars 2013 ; N°189 : 20-22.

33. Open Edition. Noali L. La peine après la peine : le syndrome du sorti de prison. Champ pénal/Penal field vol XIII (2016) [En ligne]. Disponible sur : https://journals.openedition.org/champpenal/9314#tocto3n1 Consulté le 2/07/2018.

34. American Psychiatric Association, Crocq M.-A., Guelfi J.-D., Boyer P., Pull C.-B., Pull M.-C. Trouble stress post-traumatique 309.81. In : Mini DSM-5 critères diagnostiques. 3e Ed. Issy-Les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2016. P.133-136.

35. Collège national des universitaires en psychiatrie, Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique, Collège universitaire national des enseignants en addictologie. 64f Etat de stress post-traumatique. In : Référentiel de Psychiatrie et Addictologie. Psychiatrie de l'adulte. Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Addictologie. 2e Ed. Tours : Presses Universitaires François Rabelais ; 2016. P.257-265.

36. Arnal R., Ayhan G., Pinganaud E., Basurko C., Jehel L. Le Trouble de Stress Post-traumatique parmi les Détenus en Centre Pénitentiaire en Guyane Française. Santé mentale au Québec, 2016, 41 (1) : 13p. [En ligne]. http://www.hal.inserm.fr/inserm-01421075/document Consulté le 10/07/2018

37. Direction de l'administration pénitentiaire, Direction interrégionale des services pénitentiaires de Strasbourg- Est. Maison d'arrêt de Strasbourg. Rapport d'activité 2015. Strasbourg : 2015. 66p.

38. Canetti C. Spécificité de la psychiatrie en prison. In : Michel L., Brahmy B. Guide de la pratique psychiatrique en milieu pénitentiaire. Paris : Heures de France ; 2005, 476p

39. David M. Soigner les méchants : Ethique du soin psychiatrique en milieu pénitentiaire. Paris : L'Harmattan ; 2015, 280 p.

40. Moron P. Le suicide en milieu pénitentiaire. Annales Médico-Psychologiques. 2004 ; 162 (8) : 672-675

41. Psychology.exeter. Williams H. Des vies à reconstruire : le traumatisme crânien et ses incidences pour la justice pénale. [En ligne]. Disponible sur : http://psychology.exeter.ac.uk/documents/Repairing_Shattered_Lives_Report_French_Version.pdf Consulté le 11/07/2018

42. Centre Ressources Francilien du Traumatisme Crânien (CRFTC). Durand E., Chevignard M., Picq C., Charanton J., Pradat-Diehl P. Délinquance et traumatisme crânien. [En ligne]. Disponible sur : http://www.crftc.org/images/articles/Delinquance_et_traumatisme_cranien_V2.pdf . Consulté le 11/07/2018.

43. Kolodziejczyk A. Boudebouda Y. Bilan d'activité de l'Hébergement thérapeutique SMPR de 2017. Maison d'Arrêt de Strasbourg. Etablissement Public de Santé Alsace Nord. Strasbourg : 2017.

44. Coujitou J.-C. Bilan d'activité du pôle 67 P16 année 2017. Maison d'Arrêt de Strasbourg. Etablissement Public de Santé Alsace Nord.

45. Boudoukha A.H., Hautekeete M., Abdelaoui S., Groux W., Garay D. Burnout et victimisations : effet des agressions des personnes détenues envers les personnels de surveillance. L'Encephale. 2010 ; 37 :284-292.

46. Vanderstukken O., Garay D., Benbouriche M., Moustache B. Professionnels de la psychiatrie et de la pénitentiaire, le poids des représentations sociales : penser une articulation sans collusion ni clivage. L'information psychiatrique. 2015 ; 91 (8) : 676-686

47. Appelbaum K. L., Hickey J. M., Packer I. The Role of Correctional Officers in Multidisciplinary Mental Health Care in Prisons. Psychiatric Services. October 2001 ; 52 (10) : 1343-1347

48. Temporini H., Feuerstein S., Coric V., Fortunati F., Southwick S., Morgan C.A. Correctional Psychiatry. Psychiatry (Edgemont). January 2006 ; 3 (1) : 26-29

49. Parker G. F. Impact of a Mental Health Training Course for Correctional Officers on a Special Housing Unit. Psychiatric Services. May 2009 ; 60(5) : 640-645

50. Galanek J. Correctional Officers and the Incarcerated Mentally ill : Responses to Psychitric Illness in Prison. Med Anthropol Q. March 2015 ; 29(1) : 116-136

51. Dictionnaires de français Larousse [En ligne] Disponible sur : https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/partenaire/58352 consulté le 28/08/2018.

52. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales [En ligne] Disponible sur : http://www.cnrtl.fr/definition/coll%C3%A8gue consulté le 28/08/2018.

Université
de Strasbourg

Faculté
de médecine

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Document avec signature originale devant être joint :
- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : RISCH Prénom : Pauline

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics.

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur
Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète.

Signature originale :

A Strasbourg, le 30 septembre 2018

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.

RESUMÉ

Le Pole 67P16 de l'Etablissement Public de Santé Alsace Nord (EPSAN) délivre à la Maison d'Arrêt de Strasbourg des soins psychiatriques et addictologiques sous la forme de prises en charges ambulatoires et en hébergement thérapeutique. Cet exercice se complète d'une activité de psychiatrie de liaison assurant l'articulation entre les patients et les partenaires institutionnels situés dans leur environnement (encadrement pénitentiaire, corps enseignant, protection judiciaire de la jeunesse, institution judiciaire, mission de lutte contre la radicalisation violente et unité de soins somatique). Nous partageons avec eux la responsabilité de tout mettre en œuvre pour que, conformément à la loi du 18 janvier 1994, l'accessibilité aux soins psychiatriques des détenus soit aussi aisée que pour la population générale. Ces professionnels, en particulier l'encadrement pénitentiaire, sont les interlocuteurs directs des détenus et constituent de ce fait le premier maillon de la chaine les menant vers le soin**,** mais parfois brisée par des connaissances erronées sur la maladie mentale. De ce constat est né le projet d'un programme de sensibilisation à destination de nos partenaires afin qu'ils puissent contribuer à améliorer la prise en charge psychiatrique des détenus sans pour autant se substituer aux professionnels de santé mentale. Quinze à vingt personnes sont formées chaque trimestre lors de sessions de deux jours se tenant à l'EPSAN sur le site de Brumath. Cette formation, dont l'efficacité pédagogique des premières sessions a été objectivée par une évaluation des acquis, fut très bien accueillie par le public. Après en avoir considéré les enjeux, nous relatons l'élaboration, la mise en œuvre, et le déploiement de ce programme lors des deux premières sessions de mars et juin 2018. Nous terminons par une réflexion sur les perspectives d'évolution de ce projet.

Rubrique de classement : Diplôme d'études Spécialisées de Psychiatrie

---

Mots clés : Psychiatrie de liaison - Partenaires institutionnels - Pénitentiaire - Détenu - Loi du 18 janvier 1994 - Accessibilité aux soins - Programme de sensibilisation - Efficacité pédagogique.

Président : Monsieur le Professeur Gilles Bertschy

Assesseurs : Monsieur le Docteur Jean-Christophe Coujitou

Madame le Professeur Carmen Schröder

Monsieur le Professeur Pierre Vidailhet

Adresse : 16, rue du Climont 67550 VENDENHEIM