

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE : 2020

N° : 86

**THÈSE
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME DE
DOCTEUR EN MÉDECINE**

Diplôme d'État
Mention D.E.S Psychiatrie
par
Pauline Boireau
Née le 2 novembre 1990 à Mulhouse

**Psychose en détention : trajectoires médicales et judiciaires,
étude rétrospective au Service Médico-Psychologique de la Maison
d'Arrêt de Strasbourg.**

Président de thèse : Monsieur le Professeur Fabrice Berna
Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Jean-Christophe Coujitou
Assesseurs : Monsieur le Professeur Gilles Bertschy
Monsieur le Professeur Pierre Vidailhet

1
FACULTÉ DE MÉDECINE
(U.F.R. des Sciences Médicales)

Edition DECEMBRE 2019
Année universitaire 2019-2020



- 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. BITSCH Samuel

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



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 Séiamak

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)

P0214

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe P0001	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif P0191	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel P0002	NRP6 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	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
ARNAUD Laurent P0186	NRP6 NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe P0004	RP6 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 Seiamak P0005	NRP6 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	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
BAUMERT Thomas P0007	NRP6 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 / P0170	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Rémy P0008	NRP6 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	RP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice P0192	NRP6 CS	• 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	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume P0178	NRP6 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	NRP6 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
BLANC Frédéric P0213	NRP6 NCS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric P0187	NRP6 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 ; Brûlogie
Mme BOEHM-BURGER Nelly P0016	NCS	• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
BONNOMET François P0017	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan P0018	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
BOURGIN Patrice P0020	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile P0022	NRP6 NCS	• 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
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CASTELAIN Vincent P0027	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRP6 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	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
CHELLY Jameleddine P0173	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre P0041	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Centre de Chirurgie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier P0193	NRP6 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	NRP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
DANION Jean-Marie P0046	NRP6 NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie 1 / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme P0057	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian P0049	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe P0199	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
DIEMUNSCH Pierre P0051	RP6 CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Matthieu P0188	NRP6 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	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de la Main et des Nerfs périphériques / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRP6 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	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu P0208	NRP6 NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôp. Hautepierre	47.01 Hématologie ; Transfusion Option : Hématologie
GALLIX Benoit P0214	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin P0062	RP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRP6 NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
GENY Bernard P0064	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick P0200	NRP6 NCS	• 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
GICQUEL Philippe P0065	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard P0066	RP6 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	NRP6 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

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
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
Mme HELMS Julie M0114 / P0209	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HERBRECHT Raoul P0074	RPô NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôp. Hautepierre	47.01 <u>Hématologie</u> ; Transfusion
HIRSCH Edouard P0075	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
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 Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 <u>Médecine Physique et Réadaptation</u>
JAULHAC Benoît P0078	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01 Option : <u>Bactériologie</u> -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
Mme JESEL-MOREL Laurence P0201	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
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)
KUHN Pierre P0175	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie 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)
Mme LALANNE-TONGIO Laurence P0202	NRPô NCS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; <u>Addictologie</u> (Option : Addictologie)
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
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 <u>Anatomie</u>
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
LIVERNEAUX Philippe P0094	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie orthopédique et de la main / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel P0203	NRPô NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Hématologie et d'Oncologie / Hôpital de Hautepierre	47.02 <u>Cancérologie</u> ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARK Manuel P0098	NRPô 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	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline P0210	NRPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 <u>Pneumologie</u> ; Addictologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme MATHÉLIN Carole P0101	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie - Hôpital Civil	54.03 <u>Gynécologie-Obstétrique</u> ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent P0102	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre • Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 <u>Hématologie</u> ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	RP6 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	NRP6 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	NRP6 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	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie • Unité de Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RP6 CS	• Pôle Hépatodigestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Haute-pierre / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges P0114	NCS	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer Paul Strauss (par convention) - Département de radiothérapie	47.02 Cancérologie ; <u>Radiothérapie</u> Option Radiothérapie biologique
OHANA Mickael P0211	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick P0115	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne P0204	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry P0205	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Service SAMU/SMUR / HP	48.05 Réanimation ; <u>Médecine d'urgence</u> Option : Médecine d'urgences
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRP6 NCS	• Pôle Hépatodigestif de l'Hôpital Civil - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP6 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 <u>Cancérologie</u> ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier P0206	NRP6 NCS	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02 <u>Cancérologie</u> ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Haute-pierre	48.01 <u>Anesthésiologie-réanimation</u> ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04 Nutrition
PROUST François P0182	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Haute-pierre	49.02 Neurochirurgie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRP6 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	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL-BERNARD Sylvie P0196	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
ROUL Gérard P0129	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)
SANANES Nicolas P0212	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 <u>Gynécologie-Obstétrique</u> ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
SAUDER Philippe P0142	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02	Réanimation
SAUER Arnaud P0183	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02	Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04	Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04	Urologie
Mme SCHATZ Claude P0147	RP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02	Ophtalmologie
SCHNEIDER Francis P0144	RP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02	Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / Hôpital Civil	49.04	Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRP6 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	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01	Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean P0146	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01	Rhumatologie
STEIB Jean-Paul P0149	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Hôpital de Hautepierre	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
STEPHAN Dominique P0150	NRP6 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	NRP6 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	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRP6 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	NRP6 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	NRP6 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	NRP6 NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03	Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRP6 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	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptations gériatriques / Hôpital de la Robertsau	51.01	Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01	Option : Médecine Interne
WOLF Philippe P0207	NRP6 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 WOLFF Valérie P0001	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie

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

P6 : Pôle

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service)

RP6 (Responsable de Pôle) ou NRP6 (Non Responsable de Pôle)

Dir : Directeur

(1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018

(3)

(5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019

(6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017

(7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017

(8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017

(9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017

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

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

HABERSETZER François	CS	Pôle Hépatodigestif 4190 Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.01 Gastro-Entérologie
CALVEL Laurent	NRP6 CS	Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO Service de Soins palliatifs / NHC	55.02 Ophtalmologie
SALVAT Eric		Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur	

M0128	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 Haute-pierre	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTAL Maria Cristina M0003		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Haute-pierre • 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 M0442 (En disponibilité)		• 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 AYME-DIETRICH Estelle M0117		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
Mme BARNIG Cindy M0110		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations Fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
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 Haute-pierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
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
CAZZATO Roberto M0118		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Mme CEBULA Héléne M0124		• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
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-YOUCHEF 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 (En disponibilité)	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
Mme FARRUGIA-JACAMON 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
FILISSETTI 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)
GUFFROY Aurélien M0125		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'Immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura M0119		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Hôpital de Haute-pierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme HEIMBURGER Céline M0120		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice M0033		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP et NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
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)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
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
KOCH Guillaume M0126		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme LAMOUR Valérie M0040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
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)
LAVAUZ 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-Vénérologie
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)
Mme NICOLAE Alina M0127		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
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)
PENCREAC'H Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFUFF 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)
Mme ROLLAND Delphine M0121		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hautepierre	47.01 Hématologie ; transfusion (type mixte : Hématologie)
ROMAIN Benoît M0061		• 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 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 SCHEIDECKER Sophie M0122		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique
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 : <u>Bactériologie</u> -virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane M0123		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Hautepierre	45.01 <u>Bactériologie-Virologie</u> ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
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 <u>Hématologie</u> ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie M0128		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 <u>Bactériologie-Virologie</u> ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie 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 BONAHE Christian	P0166	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des techniques
Mme la Prè 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 GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Pr HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)

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

Dre CHAMBE Juliette Dr LORENZO Mathieu	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 ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014 au 31.08.2017)
Dr SANSELME Anne-Elisabeth		Médecine générale

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	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et de Réanimation néonatale (Pédiatrie 2) / Hôpital de Hautepierre
Dr ASTRUC Dominique (par intérim)	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr CALVEL Laurent	NRP6 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins Palliatifs / NHC et Hôpital de Hautepierre
Dr DELPLANCQ Hervé	NRP6 CS	- SAMU-SMUR
Dr GARBIN Olivier	CS	- Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO Schiltigheim
Dre GAUGLER Elise	NRP6 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - UCSA - Centre d'addictologie / Nouvel Hôpital Civil
Dre GERARD Bénédicte	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Département de génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme GOURIEUX Bénédicte	RP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	NRP6 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	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biologie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil + Hautepierre
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	NRP6 Resp	• Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	RP6 CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr REY David	NRP6 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	NRP6 CS	• Pôle Médico-chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques - HP
Mme Dre TEBACHER-ALT Martine	NRP6 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	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Centre Antipoison-Toxicovigilance / Nouvel Hôpital Civil

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o *de droit et à vie (membre de l'Institut)*
CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o *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)
- o *pour trois ans (1er septembre 2018 au 31 août 2021)*
Mme DANION-GRILLIAT Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
- o *pour trois ans (1er avril 2019 au 31 mars 2022)*
Mme STEIB Annick (Anesthésie, Réanimation chirurgicale)
- o *pour trois ans (1er septembre 2019 au 31 août 2022)*
DUFOUR Patrick (Cancérologie clinique)
NISAND Israël (Gynécologie-obstétrique)
PINGET Michel (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques)
Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2021)

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITE

Dr BRAUN Jean-Jacques	ORL (2012-2013 / 2013-2014 / 2014-2015 / 2015-2016)
Pr CHARRON Dominique	Université Paris Diderot (2016-2017 / 2017-2018)
Mme GUI Yali	(Shaanxi/Chine) (2016-2017)
Mme Dre GRAS-VINCENDON Agnès	Pédopsychiatrie (2010-2011 / 2011-2012 / 2013-2014 / 2014-2015)
Dr JENNY Jean-Yves	Chirurgie orthopédique (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017 / 2017-2018)
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 / 2017-2018)
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)

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.11
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
BROGARD Jean-Marie (Médecine interne) / 01.09.02	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BURSZTEJN Claude (Pédo-psychiatrie) / 01.09.18	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
CAZENAIVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
CHAUVIN Michel (Cardiologie) / 01.09.18	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	MORAND Georges (Chirurgie thoracique) / 01.09.09
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
DUCLOS Bernard (Hépatogastro-Hépatologie) / 01.09.19	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa. Chir.) / 01.09.13	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09	SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
GROSSHANS Edouard (Dermatologie) / 01.09.03	SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
GRUCKER Daniel (Biophysique) / 01.09.18	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.09	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.11	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11
KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95	WIHLM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KREMER Michel (Parasitologie) / 01.05.98	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	

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 ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS
QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES
À 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'Être 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

Mes remerciements vont tout d'abord à Monsieur le Professeur Fabrice Berna, pour avoir accepté de présider mon jury de thèse, pour sa réactivité, sa disponibilité auprès des étudiants, ainsi que tous ses enseignements, aussi bien lors des cours à la faculté que lors de mon semestre au CHU.

Je tiens également à remercier Monsieur le Professeur Pierre Vidailhet ainsi que Monsieur le Professeur Gilles Bertschy, pour avoir accepté de faire partie de mon jury, pour leur bienveillance, ainsi que pour tout le savoir qu'ils m'ont apporté au cours de mes années de formation.

Je remercie bien entendu Monsieur le Docteur Jean-Christophe Coujitou, chef du pôle 67p16 et directeur de ce travail de thèse, pour sa disponibilité, ses apports cliniques et son travail de théorisation. Merci également de son éclairage précieux sur les enjeux multiples et l'adaptabilité nécessaire au travail soignant en détention, ainsi que le caractère fondamental de la cohésion d'une équipe pluridisciplinaire dans ce milieu spécifique.

Mes plus sincères remerciements à toute l'équipe du SMPR de Strasbourg, la cadre de santé, aux infirmiers, psychologues, assistantes sociales, surveillants, qui m'ont accueillie et accompagnée dans mon apprentissage auprès des patients.

Je remercie également le Dr Thierry Royer, le Dr Agnieszka Kolodziejczyk, ainsi que le Dr Christelle Risch, pour leur soutien, leur gentillesse, et leur accompagnement.

Je souhaite également remercier toute l'équipe du pôle G76, pour leur accueil, leur professionnalisme, leur humanité, leur bienveillance, et toutes ces autres qualités qui m'ont donné envie d'y rester, ainsi que pour m'avoir offert l'opportunité de le faire.

À titre plus général, je remercie tous les professionnels qui m'ont encadrée, et apporté leur savoir, tout au long de mon internat, sans oublier ces nombreux soignants croisés à l'occasion d'une nuit de garde, qui m'ont enseigné à être médecin autant que docteur.

Merci à Jonathan, pour tout, tout simplement.

Merci à mes parents, qui m'ont nourrie, abreuvée et fait grandir, physiquement et spirituellement, durant toutes ces années et pour les années à venir.

Merci à mes sœurs qui m'ont permis, durant l'élaboration de cette thèse, de mourir de rire quand je venais de passer des heures à mourir de frustration sur mes tableaux Excel.

Merci à tous les membres de ma famille : ce terme représente trop de personnes chères à mon cœur pour que je puisse les lister ici.

Merci à ce fantastique groupe d'amies formé sur les bancs de la fac, de m'avoir portée et ensoleillée durant ces longues années de formation et jusqu'au bout de cette ultime travail d'étudiante. Vous êtes merveilleuses.

Merci à toutes mes fantastiques co-internes, à ma promotion inoubliable, et à celles qui ont balisé ces quatre dernières années de précieux moments infimes et d'heureux évènements.

Merci à tous ceux que je ne cite pas ici, sans quoi cette thèse ferait artificiellement dix pages de plus.

Table des matières

Préambule	20
I : Introduction : Psychose et justice : de l'asile à la main de justice	22
I.1 Restriction des irresponsabilités pour cause psychiatrique.....	22
I.2 Évolutions récentes de la notion d' « irresponsabilité pour causes psychiatriques »	23
II : Contexte historique et état des lieux des connaissances.....	26
II.1 Évolution de la relation entre folie et justice	26
II.1.1 De l'Antiquité à la Révolution : des réponses multiples et non coordonnées	26
II.1.1.1 Un statut à part dès l'Antiquité.....	26
II.1.1.2 Moyen-Âge : entre réponse systémique et religieuse	26
II.1.1.3 Vers une officialisation des réponses à la situation des « insensés »	27
II.1.2 Le tournant de la Révolution : entrée en médecine de la question de la folie	29
II.1.2.1 Pussin, Pinel et le traitement moral.....	29
II.1.2.2 Fondations de l'irresponsabilité psychiatrique moderne au XIX ^{ème} siècle	29
II.1.3 De la fin du XIX ^{ème} au XXI ^{ème} siècle : évolutions en écho entre psychiatrie et justice	31
II.1.3.1 La nouvelle psychiatrie médico-légale cherche ses fondements	31
II.1.3.2 Entrée institutionnelle de la psychiatrie en détention.....	32
II.1.3.3 Des SMPR aux UHSA.....	35
II.2 Psychose et détention	37
II.2.1 État des lieux de la psychose en milieu carcéral	37
II.2.1.1 Surreprésentation de la psychose en détention	37
II.2.1.2 Spécificité clinique des patients psychotiques incarcérés	38
II.2.1.3 La détention comme lieu de dépistage ?	39
II.2.1.4 Quel type de faits ?.....	40
II.2.2 Interactions entre les parcours judiciaires et psychiatriques	41
II.2.2.1 Troubles psychotiques et fréquence d'incarcération.....	41
II.2.2.2 Une orientation rapidement polarisée.....	42
II.2.2.3 Psychose et violence	43
II.2.3 Prise en compte d'un trouble psychotique dans un contexte judiciaire.....	44
II.2.3.1 Psychose en garde à vue	45
II.2.3.2 Cadre de l'expertise présentencielle.....	46
II.2.3.3 Comparution immédiate et accessibilité à une expertise psychiatrique	47
II.3 Psychose en détention	50
II.3.1 Vie quotidienne en détention et symptomatologie psychotique	50

II.3.1.1 Variabilité du vécu selon la présentation clinique	50
II.3.1.2 Particularités de la vie en détention	51
II.3.1.3 L'univers carcéral comme lieu de stress spécifique pour les patients psychotiques....	53
II.3.1.4 Détention et facteurs de décompensation psychotique.....	54
II.3.1.5 La levée d'écrou	56
II.3.2 Les soins psychiatriques en détention	59
II.3.2.1 Principes des soins psychiatriques en détention	59
II.3.2.2 Organisation pratique	61
II.3.2.3 Demande et accès aux soins	64
Questions et hypothèses :	67
III Matériel et méthode	68
III.1 Protocole	68
<i>III.1.1 Zone d'étude : le SMPR de la maison d'arrêt de Strasbourg</i>	68
<i>III.1.2 Relevé</i>	70
III.2 Méthode.....	76
<i>III.2.1 Variables</i>	76
<i>III.2.2 Analyses</i>	76
IV : Résultats.....	82
IV.1 : 1 ^{ère} problématique : Psychose en détention : Qui sont ces patients et de quels soins bénéficient-ils ?.....	82
<i>IV.1.1 Données socio-économiques à l'incarcération</i>	82
<i>IV.1.2 Données médicales</i>	84
<i>IV.1.3 Données judiciaires à l'incarcération</i>	85
<i>IV.1.4 : Soins en incarcération</i>	86
<i>IV.1.5 : Soins à la sortie</i>	87
<i>IV.1.6 : Données socio-économiques à la sortie</i>	88
<i>IV.1.7 : Soins en cas de réincarcération</i>	90
IV.2 : 2 ^{ème} problématique : Quelles sont les caractéristiques cliniques et judiciaires de ces patients ?	92
<i>IV.2.1 Quelles sont les caractéristiques des patients hospitalisés en cours d'incarcération ?</i>	93
<i>IV.2.2 Quelles sont les caractéristiques des patients hospitalisés durant l'intervalle libre entre deux incarcérations ?</i>	95
<i>IV.2.3 Quelles sont les caractéristiques des patients sortant en obligation de soins ?</i>	96
<i>IV.2.4 Quelles sont les caractéristiques des patients irresponsabilisés ?</i>	97
<i>IV.2.5 Quelles sont les caractéristiques des patients prévenus ?</i>	99

IV.3 3 ^{ème} problématique : De quelle façon le parcours sanitaire et le parcours judiciaire interagissent-ils ?.....	101
IV.3.1 Existe-t-il un lien entre les paramètres socio-économiques à l'incarcération et la fréquence de réincarcération ?	103
IV.3.2 Existe-t-il un lien entre les paramètres socio-économiques à l'incarcération et la proportion du temps d'incarcération passée en soins de niveau 2 et 3 ?.....	104
IV.3.3 Existe-t-il un lien entre la présence de soins spécifiques dans la période précédant l'incarcération et la proportion du temps d'incarcération passée en soins ?.....	105
IV.3.4 Existe-t-il un lien entre l'existence d'un suivi et d'un diagnostic antérieur à l'incarcération et le niveau de soins durant l'incarcération ?.....	106
IV.3.5 Existe-t-il un lien entre un antécédent de prise en charge spécifique et la fréquence d'incarcération ?.....	106
IV.3.6 Quelles sont les caractéristiques des patients réincarcérés ?	106
IV.3.7 Le type de soins à la sortie influence-t-il la probabilité de réincarcération ?.....	108
IV.3.8 Y a-t-il un lien entre la prise en charge du trouble psychotique et le motif d'incarcération ?	108
V Discussion.....	110
V.1 Caractéristiques de l'étude	111
V.1.1 Limites quantitatives	111
V.1.2 Limites qualitatives	112
V.2 Population	116
V.2.1 : Sur le plan médical	116
V.2.2 : Sur le plan judiciaire	121
V.2.3 : Sur le plan socio-économique.....	124
V.3 Suites de l'étude et propositions	126
V.3.1 Intérêt d'abord prospectifs, multicentriques et centrés sur le parcours de soins.....	127
V.3.2 Propositions.....	127
VI : Conclusion.....	130
Annexes	133
Annexe 1 : Exemple de notice individuelle produite par un magistrat à l'occasion d'un mandat de dépôt	133
Annexe 2 : Formulaire de signalement du pôle 67p16	135
Bibliographie	138

Préambule

Les évolutions de la psychiatrie d'après-guerre ont cherché à réintégrer les patients souffrant de troubles psychiatriques sévères comme la psychose, en tant que membres à part entière de la société. La question de la responsabilité judiciaire a également fait partie des réflexions liées à cette thématique. La tendance, depuis le XIX^{ème} siècle, avait été de tenir ces patients à l'écart des lieux de détention. Les dernières décennies ont été marquées par une plus grande présence et visibilité de troubles psychiques en détention, qui en ont fait un enjeu à la fois de santé publique, mais également de prise en charge quotidienne pour les travailleurs en milieu pénitentiaire.

Ce travail de thèse est, pour partie, né de préoccupations avancées par des intervenants en détention : soignants du SMPR, mais également membres du personnel pénitentiaire, et notamment surveillants. « Il y a de plus en plus de malades » ; « On n'est pas équipés / assez nombreux / formés pour s'en occuper » ; « C'est toujours les mêmes qui reviennent. De toute façon, dehors, ils ne se font pas soigner ». Cette impression semblait infiltrer les différents corps de métiers, générant ponctuellement de l'irritation ou de la crainte. La principale conséquence demeurait une préoccupation concernant le sens et l'impact de l'incarcération sur ce public parfois vécu comme menaçant, mais aussi fragile. L'incompréhension qui naissait également au contact de ces détenus particuliers venait enrichir ce vécu d'une dimension angoissante.

Il est donc indubitable, à la fois sur le plan épidémiologique et sur le plan du vécu quotidien des intervenants en détention, que cette population de patients incarcérés et souffrant de psychose symptomatique existe, se manifeste, souffre, et inspire crainte et inquiétude.

Tenter une mesure de ce phénomène a été une façon de répondre à ces préoccupations : quelle est la place en détention de patients souffrant de troubles psychiatriques sévères, tels que la psychose ? Comment traversent-ils cet évènement, et quelle place justice et santé jouent-ils dans leur existence ? Obtenir des données aussi objectives que possible sur la nature et l'ampleur de ces

phénomènes répond à plusieurs problématiques. Il s'agit dans un premier temps de contrebalancer les aspects fantasmatiques de la figure du « fou criminel ». Ensuite, d'éclaircir la nature de cette population de patients incarcérés et souffrant de psychose : sont-ils comparables à la population de patients semblables rencontrés hors incarcération ? Enfin, de chercher des interactions entre les caractéristiques médicales et judiciaires. Ce rapprochement permettrait d'estimer l'impact potentiel du placement en détention de ces patients, dont on il est possible d'imaginer qu'il soit légitimé, dans l'esprit des instances judiciaires, par la présence même de soins psychiatriques en détention. Lors de la conception de ce travail, il a été décidé de se concentrer sur la question des troubles psychotiques, en raison à la fois de la sévérité potentielle de leurs manifestations, et de la sensation d'étrangeté qu'ils créent de façon inhérente à leur clinique, mettant particulièrement en porte-à-faux les professionnels qui les accompagnent.

Une première partie de ce travail sera consacré aux trajectoires réciproques et aux échanges historiques entre sphère judiciaire et soignante dans l'accompagnement des patients souffrant de psychose. Le contexte de ce travail sera ensuite évoqué à travers les données scientifiques actuelles concernant la psychose en détention. Certaines des problématiques soulevées par cet état des lieux tenteront ensuite de trouver une réponse à travers une étude rétrospective des caractéristiques de patients souffrant de troubles psychotiques, pris en charge en soins de niveaux deux et trois au SMPR de la Maison d'Arrêt de Strasbourg, entre 2012 et 2017, ainsi que des interactions potentielles entre leurs trajectoires judiciaires et médicales.

I : Introduction : Psychose et justice : de l'asile à la main de justice

L'expression des troubles psychotiques prend parfois la forme de troubles du comportement, spectaculaires, ou mineurs et réitérés, pouvant avoir un caractère médico-légal. La compréhension de ces transgressions, ainsi que la réponse qui lui est apportée, est dépendante à la fois du paradigme médical et du cadre législatif en vigueur. Ces deux instances sont éminemment dynamiques, et ont mené au fil des âges à favoriser alternativement le maintien et l'exclusion de ces patients dans le corps social. L'évolution des points de vue sur leur responsabilité amène un nombre conséquent de ces patients à se trouver en milieu pénitentiaire ; mouvement suivi par une adaptation progressive des moyens sanitaires en prison, et du cadre légal régissant les soins en détention. La situation actuelle est vécue à la fois par les soignants et le personnel pénitentiaire comme favorisant le placement en détention d'un nombre croissant de sujets souffrant de psychose.

I.1 Restriction des irresponsabilités pour cause psychiatrique

Dans la dernière décennie, l'évolution du paysage judiciaire tend vers une plus grande judiciarisation des patients souffrant de psychose. Entre 1984 et 2010, on retrouvait un gradient de 4,3 entre le taux le plus haut et le plus bas d'irresponsabilisation pour cause psychiatrique dans les procès d'assises (1). La dynamique à l'œuvre est celle d'une diminution progressive de ces décisions d'irresponsabilité, et d'une augmentation du nombre de responsabilités partielles. Plusieurs raisons à cette décroissance sont mises en avant. En 2016, Lafaye, Lancelevée et Protais citent notamment le désir de soutenir l'intégration des patients psychotiques en tant que citoyens, l'attention portée au vécu des victimes, une « gestion » de la dangerosité vécue comme plus favorable en milieu carcéral, et une attention portée à la défense sociale : « les professionnels favorables à une interprétation limitée ou minimaliste de ce principe [d'irresponsabilité pénale pour causes psychiatriques], voire à

la suppression du principe d'irresponsabilité pénale, considèrent à la fois que l'hôpital psychiatrique n'a plus les moyens – ou ne devrait plus assumer la mission – de protéger la société des auteurs d'infraction présentant des troubles mentaux, mais également que le traitement pénal présente des vertus en soi, de responsabilisation et d'intégration sociale » (1).

Des voix s'élèvent en faveur de la tenue de procès d'assises même lorsque qu'une irresponsabilité va être prononcée, leur allouant une fonction thérapeutique en participant au processus de deuil des victimes ou de leurs familles (2). Pour les patients eux-mêmes, certains psychiatres ont théorisé un rôle potentiellement thérapeutique du procès (voire de la condamnation) Dans cette idée, la confrontation à la Loi et aux conséquences concrètes des passages à l'acte, viendraient faire tiers dans l'expérience psychotique du patient. Cette position est cependant contestée, et ne fait pas l'unanimité au sein de la discipline (3).

I.2 Évolutions récentes de la notion d' « irresponsabilité pour causes psychiatriques »

La dernière évolution en date de la législation en matière d'irresponsabilité pénale remonte à 2008. Jusqu'à cette date, l'article 122-1 du code pénal prévoyait que lorsque qu'un individu était reconnu comme irresponsable de ses actes pour cause psychiatrique, une ordonnance de non-lieu était rendue. À partir de 2008, il n'est plus question de non-lieu mais d'une ordonnance d'irresponsabilité pénale. Cette évolution n'est pas dénuée de sens, puisque la prononciation d'un non-lieu signifiait que du fait des troubles de l'accusé, il n'y avait pas lieu de le juger. En effet, au sens historique de la loi napoléonienne, il n'y avait « ni crime, ni délit », au sens où manquait la volonté active et rationnelle de le commettre. Une autre conséquence est qu'en cas de contestation de cette décision, par l'une ou l'autre des parties de la procédure, cette décision d'irresponsabilité pénale peut faire l'objet d'une audience avec débat contradictoire, sorte de « procès » de la décision

d'irresponsabilité. Cette loi inscrit donc un glissement d'une justice centrée sur l'auteur, et son état de santé, vers une justice centrée sur les faits, et donc sur la question sécuritaire (4). Elle fait en partie suite à l'affaire Romain Dupuy, patient schizophrène, qui a tué deux soignants dans un hôpital psychiatrique de Pau. Cette affaire a eu un fort retentissement médiatique, les proches des victimes s'étant notamment indignés de l'absence potentielle de procès et de condamnation du fait des troubles mentaux de l'accusé. Ces revendications ont mené à des manifestations incluant des associations de familles de patients. Cette question du vécu des victimes est devenue par la suite centrale dans le débat autour de l'irresponsabilité pour cause psychiatrique (2).

Une poursuite de la tendance à l'augmentation des atténuations de responsabilité est actuellement observée, et, dans le même temps, une diminution des déclarations d'irresponsabilité "complète". Il se dégage également une modification de l'influence du champ du diagnostic sur les conclusions expertales. Auparavant, un diagnostic de psychose tendait à orienter vers une irresponsabilité, et les autres troubles psychiatriques faisaient l'objet de discussion. Actuellement, l'impression des spécialistes est qu'un diagnostic de psychose mal compensée orienterait vers une irresponsabilité partielle, et tout autre diagnostic vers une déclaration de responsabilité (5). Or, la loi prévoit qu'il soit tenu compte de l'atténuation de responsabilité dans la décision du quantum de peine. Il n'est cependant pas précisé explicitement que cette adaptation doive se faire dans le sens d'une réduction de la durée de la peine. Il est donc tentant, pour des jurés non spécialistes, de proposer une peine plus longue pour l'individu qui leur est à la fois présenté comme dangereux et instable psychiquement, d'autant que la désinstitutionnalisation à l'œuvre dans les hôpitaux psychiatriques ne permet plus de considérer une ASPDRE (Admission en Soins Psychiatriques à la Demande du Représentant de l'État) comme l'équivalent d'une peine de perpétuité. Ce mouvement semble constituer un glissement de « comment réinsérer / guérir » vers « comment empêcher de nuire ».

Les dernières évolutions du cadre légal et conceptuel de la responsabilité des patients souffrant de troubles psychiatriques semblent tendre vers une augmentation de leur fréquence d'incarcération. La question de la dangerosité, régulièrement convoquées dans le débat public, vient également entretenir la confusion entre risques médico-légaux et risques psychiatriques.

Afin d'éclairer cette situation contemporaine, il apparaît utile de rappeler quelques éléments de l'histoire des relations entre folie et justice, ouvrant par cette citation du rapport du Dr Pradier sur les soins aux détenus (1999) : « paradoxe terrible (...) : de plus en plus de malades mentaux sont aujourd'hui incarcérés. La boucle est bouclée : la prison, aujourd'hui en France, est en train de retrouver son visage antérieur au code pénal napoléonien » (6).

II : Contexte historique et état des lieux des connaissances

II.1 Évolution de la relation entre folie et justice

II.1.1 De l'Antiquité à la Révolution : des réponses multiples et non coordonnées

II.1.1.1 Un statut à part dès l'Antiquité

Il est possible de retrouver des traces de questionnement sur le statut pénal des « fous » et des insensés dès l'Antiquité. La législation de l'Empire Romain, sous le règne de l'empereur Hadrien, statuait que la caractérisation d'un crime nécessite à la fois la transgression d'une règle, et la volonté consciente d'effectuer cette transgression. Les romains considéraient la folie comme un châtement d'origine divine, constituant une sanction en elle-même. La justice des hommes n'avait alors pas à administrer une double peine au malheureux frappé de folie. La responsabilité pénale des individus ne jouissant pas du plein exercice de leur volonté, soit les *imberbes* (moins de 15 ans) et les *furiosi* (fous), était écartée (7).

La question de la sanction et de la responsabilité de ces deux catégories de personnes transcende d'ailleurs les époques et interroge aujourd'hui encore le législateur et le grand public.

II.1.1.2 Moyen-Âge : entre réponse systémique et religieuse

Il est malaisé de proposer une vision synthétique du statut judiciaire de la folie au Moyen Âge, tant cette époque est étendue et hétérogène. Il n'existait pas de réponse institutionnelle à la problématique des fous, en particulier des fous criminels. Les individus souffrant de psychose étaient à la charge de leurs proches, de leur communauté, ou contraints à l'errance. Le devenir de ces patients était donc tributaire de plusieurs données, dépendant des manifestations de leurs troubles, de la tolérance de ceux-ci par leur groupe, et des ressources de leur environnement immédiat.

À l'époque, le prisme principal et officiel de lecture des manifestations liées à la folie était celui de la religion. La folie était alors considérée comme une marque de péché, d'hérésie, ou une mise à l'épreuve, échappant donc à l'attention séculaire de la justice. Le jugement d'un passage à l'acte dans un contexte de folie ne portait donc pas nécessairement sur les actes, mais sur les causes supposées des manifestations pathologiques telles que la possession et la transgression religieuse. Leur prise en charge par le groupe relevait alors classiquement de la rétention ou de l'exorcisme (7). Le contexte géopolitique au XV^{ème} et XVI^{ème} siècle tendait notamment à favoriser cette répression. L'Europe était alors fragmentée, constituée de multiples territoires autonomes pratiquant leur propre législation et leur propre interprétation de la religion. La reprise en main par l'Inquisition s'est donc située dans une volonté de réunification, notamment par l'exclusion ou par l'élimination des éléments divergents.

Quelques voix dissonantes se sont cependant élevées durant cette période contre la criminalisation des manifestations de maladies mentales. Jean Wier, médecin du XVI^{ème} siècle, a milité en pleine Inquisition pour une vision « pathologique » de la sorcellerie, qui devait alors plutôt relever de soins compatissants que du bûcher. Il invitait à une implication médicale dans les procès en sorcellerie afin de distinguer les « impies » ayant agi de leur plein gré, des individus malades dont les actes apparemment suspects étaient à considérer comme des troubles du comportement liés à un « dérangement » (7). Au XVII^{ème} siècle, Zacchias, médecin au Vatican, requerra un examen médical et une exonération pénale pour tout fou criminel. Cependant, l'enfermement restait la seule réponse, à visée sécuritaire, dans la mesure où la découverte de prises en charges spécifiques ne se précisera que quatre siècles plus tard (8).

II.1.1.3 Vers une officialisation des réponses à la situation des « insensés »

Un premier changement de politique s'effectua avec la création de l'Hôpital Général en 1656, par édit de Louis XIV ; d'abord à Paris, puis dans le reste du pays. Cette institution aura le mérite de

proposer une tentative de réponse structurée (bien que non spécifique et non exhaustive) à la situation de malades mentaux pris en charge préférentiellement à l'Hôtel-Dieu. La gestion de ces institutions ne dépendait plus uniquement de l'Église, contrairement aux hospices qui étaient jusque-là les seules structures non familiales accueillant des malades. L'Hôpital Général comprenait notamment une présence médicale et même un service pharmaceutique. Une approche thérapeutique était alors tentée, puis en cas d'échec, l'institution procédait à la rétention des individus ne pouvant s'inclure dans le corps social.

À partir du XVIII^{ème} siècle, d'autres structures accueillaient certains de ces individus indésirables de par leur maladie, et les troubles du comportement qu'elle entraîne. Les maisons de forces recevaient des malades suite à l'établissement de lettres de cachet à la demande de leur famille, procédure théoriquement réservée aux individus ayant enfreint la loi ou présentant un danger pour l'ordre public ou politique (9). De la même façon, les dépôts de mendicité créés à la moitié du XVIII^{ème} siècle étaient destinés à l'enfermement et à la mise au travail des vagabonds. Par la diversité de la population accueillis, ils se transformèrent rapidement en lieux d'assistance. Même lorsqu'ils furent évalués comme trop coûteux, dix ans après leur création, leur utilité avait été reconnue dans la prise en charge des "insensés". Ceux-ci ont rapidement représenté la deuxième population la plus nombreuse, et la plus stable, dans les dépôts de mendicité. Des instructions officielles recommandaient d'apporter, autant que possible, les soins nécessaires à leur état (10).

Cette époque voit l'esquisse d'une réappropriation par les autorités administratives et médicales de la gestion de ces patients. Cependant, ces dispositions entretenaient dans le même temps « une confusion totale entre les fous et les criminels » (Annales médico-psychologiques, 1844, Baillarger), par leur enfermement conjoint.

La réponse apportée à la folie sur cette période est en premier lieu l'exclusion du corps social. Cette exclusion s'effectuait cependant la plupart du temps de façon indifférenciée des autres causes de

relégation sociale : criminalité, raisons religieuses. Le caractère médical et spécifique de cette « variation de la norme », et des réponses à lui apporter, n'en étaient encore qu'au stade d'ébauche.

II.1.2 Le tournant de la Révolution : entrée en médecine de la question de la folie

II.1.2.1 Pussin, Pinel et le traitement moral

Après la Révolution française, l'iconographie psychiatrique de la séparation entre prise en charge médicale et rétention à visée de contrôle social, est celle de la libération des aliénés de Bicêtre. Philippe Pinel, médecin des aliénés de Bicêtre, y développa avec Jean-Baptiste Pussin la notion de « traitement moral » qui comprend des tentatives thérapeutiques par des approches comportementales et relationnelles. Pussin atténua l'usage de la contention à Bicêtre. Ils s'attelèrent également aux premières nosographies en maladie mentale (Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, 1801). C'est l'époque de l'apparition d'une clinique médicale de la folie, comprise comme une variation pathologique de la norme sociale. Le terme de psychiatrie apparaît de façon concomitante (1808 : « psychiaterie »), qui ne s'imposera cependant que plus tardivement, les termes en usage à l'époque étant ceux d'« aliénation » et d'« aliénistes » (11).

II.1.2.2 Fondations de l'irresponsabilité psychiatrique moderne au XIX^{ème} siècle

La période suivant la Révolution française est également celle de la bifurcation des trajectoires psychiatriques et judiciaires, avec l'inscription officielle dans le droit napoléonien de la notion d'irresponsabilité pénale (article 64 du code pénal de 1810). « Il n'y a ni crime ni délit, lorsque le prévenu était en état de démence au moment de l'action, ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister ». Le terme de démence avait alors le même sens que celui de « folie » et non pas celui, actuel, d'un processus dégénératif lié à l'âge. Cet article législatif est aujourd'hui considéré comme fondateur de l'attitude judiciaire moderne à l'égard des patients tombant sous le double coup d'une juridiction pénale et psychiatrique.

Après avoir inscrit dans la loi le statut spécifique de ces individus, il restait à apporter une réponse à leur situation, l'article 64 les ayant écartés des lieux de détention. Édictée sous le règne de Louis-Philippe, la loi du 30 juin 1838 rendit obligatoire la création dans chaque département d'un lieu d'accueil adapté aux malades mentaux, notamment en errance et dangereux. Ces lieux peuvent être vus comme les précurseurs des hôpitaux psychiatriques, dans leur dimension asilaire. Cette décision est remarquable en ce qu'elle constitue la première reconnaissance claire des malades mentaux en tant que public spécifique. Elle impliquait ainsi une véritable prise en charge médicale et institutionnelle adaptée. De plus, cette loi se situe également dans la même dynamique que celle du code pénal de 1810, avec une réappropriation de la question des malades mentaux par l'État et non plus par l'Église.

Cette même année 1838 voit la publication de l'ouvrage d'Esquirol : Des maladies mentales considérées sous le rapport médical, hygiénique et médico-légal. La création de l'entité pathologique de la monomanie, décrite dans cet ouvrage, et en particulier de la monomanie homicide, allait entretenir les premières véritables interventions des aliénistes dans le domaine judiciaire (12). Elle fut ensuite abandonnée sous le coup de la contestation du corps médical lui-même, la considérant comme floue et peu reproductible d'un observateur à l'autre. Il était également objecté que la monomanie n'était pas rattachable à un substrat anatomique et/ou lésionnel, ce qui était l'un des importants paradigmes médicaux en vigueur à cette période. Elle aura néanmoins aidé à introduire la clinique psychiatrique dans les débats, notamment d'assises (donc aux procès jugeant les faits relevant de la qualification de « crime » : homicides, viols etc.). À partir de cette période apparut un véritable intérêt populaire pour l'expertise et les crimes de « fous ». C'est par exemple l'époque des premiers procès médiatisés autour de la question de la folie, comme celui du marricide Pierre Rivière (1835) (8). On notera que la demande de grâce de Pierre Rivière fut accompagné d'un rapport médical cosigné par plusieurs aliénistes, plaidant que le condamné avait montré depuis l'enfance de

nombreux signes de maladie mentale. Sa peine fut commuée en réclusion à perpétuité. Cette affaire marquante de l'époque sera l'objet d'un séminaire animé par Michel Foucault dans les années 70, suivi de la parution d'un ouvrage collectif issu des échanges au sein de ce séminaire (13).

Les évolutions conceptuelles ayant suivi la Révolution française ont fait évoluer la question de la folie vers un statut de variation pathologique de la norme. Les troubles mentaux accédèrent au statut de « maladie », dotée de sa nosologie, et l'aliénisme à celui de science reproductible. À ce titre, la discipline acquiert la légitimité nécessaire pour être convoquée au sein des instances judiciaires.

II.1.3 De la fin du XIX^{ème} au XXI^{ème} siècle : évolutions en écho entre psychiatrie et justice

II.1.3.1 La nouvelle psychiatrie médicolégale cherche ses fondements

L'évolution ultérieure des rapports entre psychiatrie et monde judiciaire se fit notamment par le prisme de la méthode scientifique. Lombroso, psychiatre italien, s'essaya avec L'Homme criminel (1876) à une description anatomique des facteurs désignant les criminels-nés et y ajouta une étude de l'épilepsie. Dans le même esprit Morel en 1840, puis Magnan et Legrain (1860), avancèrent une « théorie de la dégénérescence ». Elle décrivait un mécanisme d'accumulation de « tares » neurologiques et intellectuelles au fil des générations qui faciliterait l'apparition de troubles mentaux, induisant une diminution de « la moralité ». Ces anomalies transmissibles seraient notamment liées à des facteurs environnementaux, comme certaines maladies ou l'alcoolisme. Ces auteurs soutenaient leur théorie comme facteur explicatif d'une partie de la criminalité. Magnan tentera de lier certains troubles psychiatriques à des atteintes du système nerveux (« idiots spinaux » vs « idiots cérébraux ») (7,14), s'attachant au paradigme en vigueur liant toute variante de la « norme » à une anomalie anatomique ou physiologique. Ces différentes théories allaient ainsi dans le sens du développement de politiques de santé publique, autour notamment de l'alcool ou de la syphilis.

Cette évolution des représentations s'inscrit plus globalement dans les théories de l'atavisme en vigueur à la même période. Elles trouvent également un écho dans la publication de L'Origine des espèces (Darwin, 1859), qui développe dans le champ de la biologie naturaliste ces mêmes idées d'accumulation générationnelles de modification morphologiques et structurelles.

Sur le plan judiciaire, la circulaire Chaumier de 1905 est venue par la suite officialiser la possibilité de prononcer une atténuation de responsabilité, permettant aux juges de ne plus se trouver dans la situation dichotomique « prison comme responsable ou asile d'aliénés » (15).

À la même époque (début du XXème siècle) le premier laboratoire d'anthropologie criminelle est créé en Belgique par Léon Vervaeck. Ses études mettent en lumière la présence d'un grand nombre d'individus « anormaux » dans la population carcérale, ce qui amena Vervaeck à proposer la création d'autres laboratoires dans les principales prisons belges. Ils devaient permettre un examen « anthropologique » systématique des détenus, et une orientation vers des soins s'ils le nécessitaient. Dans les suites de ces travaux, la loi de défense sociale belge est promulguée en 1930. Elle permet l'« internement thérapeutique » des condamnés « anormaux » (16).

La psychiatrie, quant à elle, se retrouva rapidement confrontée aux limites du « traitement moral ». De nombreuses thérapeutiques furent expérimentées : balnéothérapie, sismothérapie... Mais il n'en ressortait pas moins qu'une irresponsabilité pénale équivalait encore la plupart du temps à un enfermement à vie. Ce fut la période asilaire, dans son acceptation devenue péjorative. Cet état de fait va amener la psychiatrie d'après-guerre à considérer le non-lieu comme l'exclusion par excellence du patient souffrant de troubles psychotiques hors du corps social.

II.1.3.2 Entrée institutionnelle de la psychiatrie en détention

Durant la seconde guerre mondiale, est mis en place le programme d'Aktion T4 par le régime nazi, visant à l'élimination d'individus « handicapés » considérés comme une charge pour le pays. Une large part des victimes de ce programme ont été les aliénés résidant en institution psychiatrique, les théories d'anthropologie, de dégénération et de sélection naturelles étant utilisées

pour désigner les individus à éliminer (17). À la libération, la prise de conscience des exactions perpétrées au nom de cette « sélection eugénique » inspirera une partie des nouveaux dirigeants à revoir l'esprit et l'éthique de la privation de liberté.

La période d'après-guerre fut marquée par une volonté politique d'améliorer la prise en charge médico-sociale en détention alors que le service d'anthropologie pénitentiaire offrait déjà une possibilité de suivi psychologique (18). Après l'occupation nazie, les réformateurs avaient à cœur de rappeler la fonction sociale de l'enfermement. À l'occasion notamment de la réforme pénitentiaire Amor de 1945, il est mis en avant que « la peine privative de liberté demeure une mesure ayant pour but essentiel l'amendement et le reclassement social du condamné » et devrait donc apporter des garanties de réinsertion. Cette réforme mettait au centre de la politique pénitentiaire le maintien de la dignité et de l'humanité du condamné, ainsi que le fait que sa peine doit tendre à son reclassement et à sa réinsertion dans la société. Elle comprend également pour principe que « Dans tout établissement pénitentiaire doit fonctionner un service social et médico-psychologique ». Ce sont ainsi quatorze annexes psychiatriques qui furent prévues dans différents centres de détention. La réalité concrète de leur réalisation fut cependant plus nuancée : sur les quatorze créées administrativement, on ne retrouve de trace de fonctionnement effectif que pour cinq d'entre elles. Cinq autres seront fermées rapidement après leur ouverture (Soissons, Toulouse, Soisson, Bourges, Lisieux, Saint Gaudens) faute de moyen financiers et humains (19,20). Dans la pratique, le travail de liaison en psychiatrie pénitentiaire restait dépendant des moyens engagés localement, allant d'une visite hebdomadaire à la prison de la Santé en 1954, à une consultation trois fois par semaine à Dijon pour une population pénale bien moins importante (20).

Le nouveau code de procédure pénale, de 1958, posa certains des fondements légaux de l'exercice de la psychiatrie en détention, instaurant notamment :

- Article D395 : « Des consultations d'hygiène mentale peuvent être organisées dans chaque maison d'arrêt par les services qualifiés des directions départementales de l'action sanitaire et sociale » ;
- 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 avis du préfet. Les détenus écroués dans lesdits établissements sont soumis à un examen mental systématique de dépistage et, s'il y a lieu, placés en observation au service psychiatrique. Par ailleurs, les détenus incarcérés dans d'autres établissements et paraissant atteints d'anomalie ou de déficience mentales peuvent y être transférés sur avis médical, aux fins d'observation ou de traitement. Leur transfèrement est décidé par le directeur régional, après accord ou à la demande du magistrat saisi du dossier de l'information s'il s'agit de prévenus » ;
- Article D398 : « Les détenus en état d'aliénation mentale ne peuvent être maintenus dans un établissement pénitentiaire. Sur la proposition du médecin de la prison et conformément à la législation 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. ».

La circulaire du 30 septembre 1967 structura les soins évoqués précédemment au sein d'unités fonctionnels pénitentiaires : les CMPR (centres médico-psychologiques régionaux), initialement sous l'autorité du chef d'établissement pénitentiaire. Par la suite, la circulaire interministérielle Santé-Justice du 28 mars 1977 fixa le nombre des CMPR à 17. Elle instaura également une certaine indépendance de fonctionnement de ces centres vis-à-vis de l'administration pénitentiaire (15,20).

En parallèle, la psychiatrie effectue un retour progressif vers la cité, notamment suite à l'apparition des premiers neuroleptiques, avec la création par Laborit de la chlorpromazine en 1951. Du point de

vue de l'éthique et de la politique de soins, la pratique psychiatrique est marquée par une volonté de désinstitutionalisation. L'arrêté du 30 décembre 1968 marque la séparation officielle de la neurologie et de la psychiatrie, ouvrant la voie à la mise en place de soins ambulatoires spécifiques. Les politiques de santé publique en œuvre autour de la psychiatrie à cette époque préconisent l'éclatement des gros hôpitaux, la limitation du recours à l'hospitalisation à temps plein, et la mise en place d'une continuité des soins intra et extra hospitaliers. La politique de sectorisation obtient son cadre légal par la loi du 25 juillet 1985 (21).

Cette nouvelle orientation des soins psychiatriques, associée aux nouvelles options thérapeutiques apparaissant au cours du XX^{ème} siècle, achevèrent la rupture avec la période strictement asilaire de la psychiatrie. Le modèle n'était plus celui de patients passant leur vie adulte à l'hôpital et le point de vue judiciaire et médical sur la question de l'irresponsabilité psychiatrique évolua en parallèle : irresponsabiliser ne signifiait plus confier à vie le sujet à l'institution hospitalière.

II.1.3.3 Des SMPR aux UHSA

En parallèle de ces évolutions médicales, le décret du 30 janvier 1984 confia à l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) la tutelle de l'organisation sanitaire en milieu carcéral. De ce fait, les intervenants soignants en détention s'éloignèrent des instances judiciaires, et virent leur indépendance et le secret médical renforcés. Les Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR) furent ensuite créés par l'arrêté du 14 décembre 1986 ; ils demeurent à ce jour l'axe autour duquel s'organisent les soins psychiatriques en détention.

Par rapport au code napoléonien, le Code pénal de 1992 (article 122.1 et 122.2) apporta sa propre définition des conditions d'irresponsabilité pénale : « 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. ». Longtemps, les experts s'attachaient essentiellement à

démontrer l'existence d'un trouble psychiatrique sévère, notamment psychotique. La question de l'interaction, au moment des faits, d'éléments psychopathologiques et d'éléments volitionnels, était plus secondaire dans l'esprit du code napoléonien. Or, une décision d'irresponsabilité nécessite désormais que l'accusé n'ait pas pu bénéficier de son discernement ou du contrôle de ses actes au moment des faits, à cause de sa pathologie (5).

La loi du 18 janvier 1994 confia à l'hôpital public la prise en charge de la santé des détenus, achevant d'affirmer l'indépendance de la médecine en détention par rapport à l'administration pénitentiaire (préfigurée dans la circulaire du 28 mars 1977). Les Unité d'Hospitalisation Spécialement Aménagées (UHSA) furent ensuite créées par la loi de programmation et d'orientation de la justice de septembre 2002, afin de répondre aux besoins d'hospitalisation à temps complet en psychiatrie de patients détenus (soins de niveau 3).

Historiquement, la folie a tout d'abord été définie presque uniquement par son caractère aliénant et les réactions (compassion, rejet) qu'elle suscitait. Elle s'est vue ensuite reconnue comme une problématique médicale et sociale spécifique, à laquelle les réponses à apporter relevaient des soins et d'une lecture scientifique. Cette posture a maintenu pendant un temps les patients à l'écart du reste du corps social, ne partageant notamment pas le principe de responsabilité qui s'impose aux citoyens ordinaires devant les instances judiciaires. L'avancée des prises en charge et le retour des patients vers la cité a ensuite poussé les soignants à organiser et officialiser leur exercice dans des lieux dont les malades étaient autrefois tenus écartés, dont le milieu pénitentiaire. Ce mouvement s'accompagne d'un changement du regard législatif, interrogeant en sous-texte la possibilité d'exercer un contrôle, par le placement en détention, sur ces sujets supposés peu prévisibles. Contrôle que l'institution psychiatrique n'exerce actuellement plus de la même façon qu'à l'époque

asilaire, les soins psychiatriques étant actuellement axés, autant que possible, autour du retour vers la cité et du libre consentement aux soins

Ces évolutions successives, judiciaires, médicales, et la modification de leurs relations, ont mené au système actuel. Du côté judiciaire, la question de la dangerosité et de sa maîtrise est centrale et peut mener à vouloir contrôler des sujets vécus comme doublement dangereux (sur le plan psychiatrique et pénal) par leur mise sous main de justice. Du côté psychiatrique, l'offre de soins en détention, le mouvement d'intégration des patients au corps social, et la crainte potentiellement liée à ces patients au double profil judiciaire et psychiatrique, peuvent être lus comme des causes de la présence croissante en détention de patients souffrant de psychose.

Ces évolutions, se fondant sur des déterminants pour l'essentiel implicites, mènent à un constat : peu d'éléments permettent actuellement d'avoir une image nette de l'état clinique et du nombre de détenus souffrant de psychose en France à l'heure actuelle.

II.2 Psychose et détention

II.2.1 État des lieux de la psychose en milieu carcéral

II.2.1.1 Surreprésentation de la psychose en détention

La prison est le lieu de concentration de nombreuses problématiques, sociales, médicales et en particulier psychiatriques. Dans leur travail de synthèse de 2015, Thomas, Fovet et Amad évoquent la multiplication par 10 de la prévalence de la plupart des troubles mentaux en détention par rapport à la population générale quel que soit le lieu considéré (22). Une autre méta-analyse recouvrant 33 588 détenus, dans 24 pays (dont la France), sur la période comprise entre 1966 et 2010, retrouvait une prévalence des troubles psychotiques de 3,6% pour les détenus hommes et 3,9% pour les détenues femmes, de façon cohérente avec d'autres méta-analyses antérieures (23,24). Pour rappel, cette prévalence se situe autour de 1% dans la population générale (25). Ces

études suggèrent ainsi une multiplication entre 3 et 10 de la prévalence des troubles psychotiques en détention.

Ces chiffres sont semblables à ceux retrouvés plus spécifiquement dans les établissements pénitentiaires français (26). Certaines études avancent même une prévalence de troubles psychotiques plus élevée, allant jusqu'à 8% voire 17% des détenus (27,28). Malgré cet éventail de chiffres non uniformes, ces différentes études, ainsi que les rapports nationaux en matière de santé en détention, s'accordent sur le fait que la prison est un lieu où se concentrent les troubles mentaux, et notamment psychotiques.

Facteur aggravant, la prévalence des addictions en détention est également nettement supérieure à celle de la population générale. Une méta-analyse de 2016, portant sur 18 388 détenus dans 10 pays dont la France, retrouvait une prévalence moyenne de 30% pour les usages de toxiques, allant de 10 à 61% selon les études (29), contre 3% dans la population française (30). Étant donné le rôle connu des consommations dans l'acutisation de troubles psychotiques préexistants, et dans le déclenchement de tableaux type « pharmacopsychose », cette surreprésentation des addictions en détention à mettre en rapport avec l'observation d'une clinique psychotique en détention (31).

II.2.1.2 Spécificité clinique des patients psychotiques incarcérés

Que ce soit en France ou ailleurs, il a donc été clairement mis en évidence qu'une fraction des détenus supérieure à celle de la population générale est atteinte de troubles psychotiques. Plusieurs chercheurs se sont intéressés à la question d'éventuelles spécificités du profil de ces patients incarcérés. En 2003, Munkner met en avant que les patients psychotiques avec un antécédent d'incarcération auraient un âge plus avancé lors de leur premier contact avec la psychiatrie et lors de leur premier diagnostic de schizophrénie, comparés aux sujets psychotiques n'ayant pas fait l'expérience d'une incarcération (32). Dans son étude, cette latence de prise en

charge par rapport aux autres patients souffrant de schizophrénie se situait autour d'un an. Dans une autre étude portant sur 4 619 sujets danois, Munkner montre que 37% des patients psychotiques de l'échantillon avaient commis un acte pénalement répréhensible (et 13% un acte violent) avant leur premier contact avec les soins, et que ces actes représentaient la majorité de ceux retrouvés dans l'histoire de la population : la plupart des actes médico-légaux dataient donc d'avant le premier contact avec les soins. La prévalence de passages à l'acte médico-légaux diminuaient nettement après la rencontre avec le milieu soignant (33). Une étude d'échantillon plus modeste (191 sujets) réalisée aux États-Unis, retrouve même un taux de 37% de patients ayant été incarcérés durant la période s'écoulant entre leurs premiers symptômes et la première prise en charge de leur psychose (34).

On retrouve dans cette population spécifique, déjà symptomatique, mais incarcérée avant son premier contact avec les soins, un plus bas niveau de fonctionnement pré-morbide, une fréquence plus importante de consommation de toxiques, ainsi qu'un délai plus long entre les premiers symptômes de psychose et la première prise en charge (appelée « duration of untreated psychosis », DUP). De plus, les études sur le sujet relèvent un pronostic clinique à 18 mois moins bon que pour les autres patients, avec une moins bonne réponse au traitement et une moins bonne récupération sur le plan fonctionnel (34–36). Les sujets souffrant de psychose ayant été détenus avant d'être soignés pourraient donc constituer un sous-ensemble clinique dégradé sur le plan du fonctionnement prémorbide et de la réponse thérapeutique.

II.2.1.3 La détention comme lieu de dépistage ?

La proportion non négligeable de patients souffrant de psychose faisant l'expérience de l'incarcération avant celle des soins, et les facteurs de fragilité associés à ce profil évoqués plus haut, sont des arguments en faveur de mesures de dépistage précoce en qui permettraient une amélioration du parcours patient et une réduction de cette latence avant l'accès à des soins

spécifiques (soit le rôle actuel des visites d'entrée en SMPR). Souffrir de troubles psychotiques favorise la précarisation, et secondairement une entrée en errance, même si certaines études récentes relativisent certains chiffres très élevés (il avait pu être question de 80% de prévalence de troubles mentaux chez les sans domiciles fixes aux États-Unis : des études plus récentes reviennent ce chiffre à la baisse). Il est cependant incontestable que la proportion de personnes souffrant de psychose est plus élevée dans cette population précarisée que dans la population générale (37–39). Il n'est donc pas surprenant de constater que le milieu carcéral héberge certains de ces patients : dans une étude de la DREES de 2001, 10% des détenus suivis en SMPR étaient sans domicile fixe et 50% sans emploi (40).

Plusieurs auteurs se sont donc intéressés au système carcéral comme lieu potentiel de détection de patients présentant un premier épisode psychotique. Wasser, Pollard et leurs collaborateurs listent en 2017 les différents types d'interventions qui pourraient être organisées à différents moments du parcours judiciaire, et notamment dès la garde à vue. Leur but serait de faciliter le dépistage d'individus dont la transgression du cadre légal s'inscrit dans un premier épisode psychotique (41). L'un des intérêts de telles interventions serait de réduire le délai entre l'apparition des troubles et l'entrée en soins, dont l'augmentation est concomitante à une péjoration du pronostic des patients (42,43).

II.2.1.4 Quel type de faits ?

S'il n'est pas possible de nier l'existence de crimes spectaculaires, notamment des homicides intra-familiaux, qui défraient épisodiquement la chronique et sont parfois à l'origine d'émotion publique et décisions législatives, ils ne sont cependant pas représentatifs de la traduction de la clinique psychotique en termes de comportements, et notamment de passages à l'acte médico-légaux. Contrairement à une idée répandue dans le grand public, ces actes médico-légaux commis durant la période préalable au traitement d'un premier épisode psychotique ne sont pas nécessairement des actes « fous » ni même violents. Dans l'étude précédemment évoquée portant

sur les antécédents médico-légaux de patients souffrant de troubles psychotiques, plus des trois quarts des patients inclus avaient commis des délits minimes ne comportant pas de caractère violent (34,44). Le parcours de certains patients psychotiques est ainsi émaillé de petits délits réitérés, portant la marque de la désadaptation sociale et des troubles cognitifs inhérents à la psychose. Cet enchevêtrement entre facteurs cliniques et facteurs judiciaires, dans la trajectoire de vie de ces patients, est complexe ; son observation attentive permet souvent de déceler la marque de la psychose dans ces trajectoires.

Les études actuellement disponibles indiquent donc une tendance à la concentration des troubles psychiatriques en détention, et notamment des troubles psychotiques. Les patients situés au croisement de ces deux univers semblent présenter une fragilité spécifique, à la fois sur le plan social et psychopathologique. L'absence d'étude multicentrique, longitudinale, traitant simultanément ces différentes données, ne permet cependant pas de dresser un profil psychopathologique, social et juridique clair de cette population spécifique.

II.2.2 Interactions entre les parcours judiciaires et psychiatriques

II.2.2.1 Troubles psychotiques et fréquence d'incarcération

Comme évoqué au point II.1.2, plusieurs études tendent à montrer que les patients faisant l'expérience du système carcéral, notamment durant leur premier épisode psychotique, représentent une population spécifique en termes clinique et pronostique par rapport à ceux rencontrés en milieu libre. Ce trouble psychotique est naturellement un facteur les différenciant du reste de la population carcérale en modifiant leur trajectoire judiciaire et pénitentiaire. Certains troubles psychiatriques sont en effet un facteur de risque d'incarcérations répétées. Une étude de 2009 de Baillargeon montre que les détenus ayant un diagnostic de schizophrénie ont deux fois plus de risque d'être incarcéré à quatre reprises et plus au cours de leur parcours que des détenus exempts de troubles mentaux ; ce sur-risque monte à 2,4 fois plus pour les psychoses non étiquetées. On notera sans surprise que dans cette étude, le trouble psychiatrique associé au plus

fort risque d'incarcérations réitérées est le trouble bipolaire (3,3 fois plus de risque d'être incarcéré quatre fois ou plus) (44). De la même façon, dans l'étude épidémiologique de Duburcq, Coulomb et leur équipe en 2007, la fréquence d'incarcération est positivement corrélée avec la présence d'un trouble psychotique (28).

II.2.2.2 Une orientation rapidement polarisée

L'orientation initiale d'un sujet, lors d'un passage à l'acte concomitant d'une symptomatologie psychiatrique, a un impact sur ses orientations ultérieures. Pour une personne qui ne présente pas encore d'antécédent psychiatrique connu, cette orientation est fonction d'un certain nombre d'éléments : la symptomatologie présentée par le patient (et notamment la cohérence de son discours) ; le type d'infraction, de délit ou de crime ; la présence ou non d'un comportement auto ou hétéro-agressif ; les autres caractéristiques sociales de l'individu ; ainsi que la sensibilité individuelle des premiers intervenants institutionnels et notamment des forces de l'ordre. En 2000, Dessureault montre dans une étude portant sur 121 sujets que l'orientation d'un individu est polarisée à l'issue de ses quatre premières rencontres avec les systèmes judiciaires ou hospitaliers. Un individu, présentant un trouble psychiatrique, orienté trois fois vers le système judiciaire avait 90% de chances d'y être dirigé lors du contact suivant. À l'inverse, un individu ayant commis des faits médico-légaux, orienté deux fois de suite en hospitalisation ne présentait que 5% de probabilité d'être dirigé vers le système judiciaire au contact suivant (45). Il n'est donc pas anodin de considérer qu'un certain nombre de patients doivent se contenter d'une réponse judiciaire aux troubles du comportement présentés durant la phase d'émergence de leurs symptômes psychotiques, au risque d'être durablement polarisés vers le système judiciaire. De plus, les troubles psychiatriques en eux-mêmes sont à la fois source de précarisation, de troubles cognitifs et de modifications du comportement qui favorisent les passages en détention. Enfin le profil spécifique de patients évoqués précédemment semble présenter un moins bon profil de réponse au traitement.

II.2.2.3 Psychose et violence

Cette question de la réitération des incarcérations rejoint celle du « profil » criminologique des patients souffrant de psychose. De nombreuses études se sont intéressées à l'existence d'un risque augmenté de criminalité chez les patients schizophrènes, ainsi qu'au risque de passage à l'acte hétéro-agressif. Le fait de souffrir de schizophrénie n'apparaît pas, dans ces études, comme un facteur de risque, en tant que tel, de criminalité, compris comme toute transgression de la loi (incluant vols, outrages etc.). Cependant, il existerait un risque augmenté de passage à l'acte hétéro-agressif par rapport à la population générale, qui d'après certaines études rejoindrait celui des personnes souffrant de problématiques addictives (46,47).

Certains symptômes liés aux troubles psychotiques sont associés à un risque de violence plus élevé. Les symptômes productifs dans leur ensemble constituent un facteur de risque de passage à l'acte hétéro-agressif, bien que ne constituant naturellement pas le seul contexte clinique dans lequel une hétéro-agressivité peut être observée. Dans le registre des symptômes productifs, on inclue en particulier un vécu persécutif ainsi qu'un automatisme mental interprété en termes de syndrome d'influence (48–51). De plus, l'intensité des symptômes productifs, notamment sur le plan hallucinatoire, pourrait être liée à des formes de la maladie psychotique plus sévères en termes d'impact cognitif (52), qui peut lui-même contribuer à la réitération de stratégies d'interaction mal adaptées. Enfin, une comorbidité addictive semble être un facteur de risque indépendant et important de passage à l'acte hétéro agressif chez les patients psychotiques (46,48). Les patients regroupant ces facteurs ont donc plus de risques d'effectuer un passage en détention.

Au-delà d'une fragilité inhérente aux patients psychotiques incarcérés, ceux-ci voient également leurs parcours judiciaires et de soins s'influencer mutuellement. Plusieurs études tendent à montrer en particulier qu'une mauvaise compensation des troubles psychiatriques altère le « pronostic » sur le plan judiciaire, en termes de gravité des faits, de récidive, et d'adéquation de l'orientation initiale

du sujet. De la même façon, il est possible d'envisager qu'un épisode d'incarcération puisse avoir un impact négatif sur le parcours de soins d'un patient, introduisant rupture et facteurs de stress.

Peu de données sont cependant disponibles sur l'influence exacte de ces différents paramètres. De tels éléments seraient d'autant plus intéressants à recueillir qu'ils justifieraient des interventions de santé publique ciblées, permettant une réduction des risques à la fois sur le plan judiciaire et sur le pronostic médical de ces sujets.

Il est important de rappeler que les personnes souffrant de troubles psychotiques demeurent des citoyens à part entière, avec des droits et des devoirs ; l'existence d'un tel trouble ne constitue en aucune façon une dispense automatique de la nécessité de répondre d'éventuelles infractions ou délits devant les autorités compétentes, dès lors que les faits ne s'inscrivent pas dans un contexte d'irresponsabilité pour causes psychiatriques. Cependant, il est également important de prendre en compte le fait que la justice française repose sur un principe d'individualisation des peines. Il faut donc s'interroger sur les conditions dans lesquelles l'appareil judiciaire sera amené à statuer sur le devenir d'un prévenu, que ce soit sur sa responsabilité si les faits ont été commis dans un moment de manifestations psychotiques, ou sur la réponse à apporter à cette transgression : soin, ou punition ? Ce principe d'individualisation implique de tenir compte de la présence d'une pathologie chronique interférant avec le vécu et l'impact de la peine, les chances de réinsertion, et le pronostic médical à moyen et long terme du patient.

II.2.3 Prise en compte d'un trouble psychotique dans un contexte judiciaire

Les dispositions judiciaires et sociales encadrant l'évaluation et les conséquences d'un trouble psychiatrique dans le cadre d'une procédure pénale ne sont pas les mêmes d'un pays à l'autre. La littérature scientifique sur le sujet offre peu d'éléments de comparaison entre ces

différents dispositifs ; l'on peut cependant citer les travaux de Lancelevée sur la notion de dangerosité en France et en Belgique, et sur les pratiques soignantes en détention en France et en Allemagne (53,54). Cette dernière relève notamment une différence dans le degré de fusion des équipes relevant des soins et du milieu carcéral, jugé plus élevé dans l'établissement allemand étudié ; mais également dans le fait qu'en Allemagne, la place de patients psychiatriques dans des institutions carcérales est nettement moins objet de débats et de polémiques qu'en France.

Les éléments législatifs évoqués dans la suite de ce travail correspondront aux dispositions françaises.

II.2.3.1 Psychose en garde à vue

Cette prise en compte de la psychose, et l'orientation subséquente, peut avoir lieu à différents stades de la prise en charge judiciaire du sujet. Le premier service interpellé suite aux faits jouera un rôle déterminant dans cette orientation, entre service médical d'urgence et forces de l'ordre. Le type d'infraction ou de délit va contribuer à cette décision, dans la mesure où certains faits relèvent clairement du judiciaire (type atteinte à la propriété), alors que d'autres peuvent se retrouver au carrefour d'intervention des différents services d'urgence (agression par exemple). Chacun de ces services peut ensuite décider de restituer la responsabilité de la prise en charge de l'individu à leurs partenaires institutionnels, mais il apparaît logique qu'un service à orientation soignante a de plus grandes capacités à relever et à prendre en compte des éléments cliniques relevant de la psychose. Il est également aisé de concevoir que l'intensité d'une éventuelle symptomatologie aiguë va contribuer également à cette prise de décision.

Considérons ensuite le sujet placé en garde à vue à l'issue du recours initial aux services de secours. Ce placement sous main de justice implique l'absence de contre-indication médicale à la garde à vue. En France, cette recherche de contre-indication est effectuée par un médecin urgentiste ou généraliste et ne mentionne pas explicitement la recherche d'un trouble psychiatrique, en dehors

d'un danger imminent que le sujet pourrait faire porter sur lui-même ou sur autrui. Ce médecin peut à son tour indiquer un examen par un psychiatre s'il en relève la nécessité. Ces évaluations psychiatriques ne représentent cependant qu'une part relativement réduite au regard de l'ensemble des examens médicaux, même pour des sujets souffrant de psychose chronique : Claude-Olivier Doron relève qu'à Marseille, sur environ 14 000 examens médicaux annuels en garde à vue, 80 ont abouti à une demande d'examen psychiatrique (0,6%), dont environ la moitié terminèrent en hospitalisation sans consentement (0,3%) (55).

Au cours de la garde à vue, le sujet, sa famille, son avocat, l'officier de police judiciaire ou le parquet, peuvent également demander un examen psychiatrique. Celui-ci est censé être un examen d'urgence, portant sur la compatibilité du sujet avec la garde à vue, et l'indication éventuelle d'une orientation en hospitalisation sans consentement. La tentation existe cependant pour les intervenants judiciaires de présenter, au cours de cet examen, des questions correspondant habituellement une expertise psychiatrique en responsabilité. Le contexte de la garde à vue ne permet cependant pas de bonnes conditions à la réalisation de cet exercice, en termes de temps et d'accès à certains éléments (dont le dossier médical). Les conditions d'une expertise de qualité sont donc difficilement réunies dans ce temps de l'urgence (56).

II.2.3.2 Cadre de l'expertise présenticielle

La prise en compte de la psychose peut également advenir suite aux conclusions d'une expertise psychiatrique présenticielle. En France, une expertise psychiatrique d'un individu prévenu n'est obligatoire que dans un certain nombre de cas restreints : meurtres ou assassinats d'un mineur précédés ou accompagnés d'un viol, les actes de torture ou de barbarie, les agressions ou atteintes sexuelles, le proxénétisme à l'égard d'un mineur, et les recours à la prostitution d'un mineur. L'article D17 du code de procédure pénale donne également aux magistrats des indications concernant les situations pouvant nécessiter une expertise psychiatrique :

« Lorsqu'elles ont à apprécier l'opportunité de requérir ou d'ordonner les enquêtes et examens visés à l'article D. 16, les autorités judiciaires tiennent le plus grand compte, notamment :

- 1° Du fait que la personne mise en examen est âgée de moins de vingt-cinq ans ;
- 2° De sa qualité de récidiviste ;
- 3° De la nature du délit (coups et blessures volontaires, délits sexuels, incendie volontaire) ;
- 4° De la possibilité de prononcer la déchéance de l'autorité parentale ;
- 5° De l'éventualité d'une décision de sursis avec mise à l'épreuve ou d'admission au régime de semi-liberté » (57).

Au-delà de ces occasions prescrites par le code de procédure pénale, une expertise psychiatrique peut être demandée à tout moment par l'instruction, le prévenu, la défense, les parties civiles, le procureur, ainsi que par d'autres intervenants du parcours judiciaire. Il existe donc des occasions favorables à la prise en compte d'un éventuel état pathologique de l'accusé. Cependant, plusieurs éléments contextuels expliquent que l'accès à ces dispositions ne soit pas toujours assuré.

II.2.3.3 Comparution immédiate et accessibilité à une expertise psychiatrique

Quelques éléments historiques concernant la tendance actuelle à la diminution des prononciations d'irresponsabilité pénale pour cause psychiatrique ont été évoqués au point I.4.1. Certains des éléments qui peuvent concourir à cette diminution dans les cas où une expertise a été réalisée à la demande du parquet ou de la défense, ont déjà été évoqués. Il apparaît toutefois que tous les prévenus, qui dans le processus d'individualisation de la peine pourraient bénéficier de la réalisation d'une expertise psychiatrique, n'y accèdent pas nécessairement. L'un des mécanismes pouvant expliquer ces difficultés est un recours accru à la comparution immédiate. Cette augmentation s'est faite essentiellement dans les années 2000, passant environ de 8 à 12% de l'ensemble des modes de jugement (58). La comparution immédiate permet de juger presque tous les délits passibles de 6 mois à 10 ans de prison, dans les suites immédiates de la garde à vue (le jour même dans 70% des cas). La comparution immédiate serait employée, à la fois dans le but de libérer

les cours « classiques » actuellement surchargées de procédures, mais également pour des prévenus dont les garanties de représentations n'apparaissent pas suffisantes au procureur, c'est-à-dire des sujets souvent précaires sur le plan social, et/ou de nationalité étrangère (55,59,60). Les patients souffrant de psychoses présentent souvent un contexte social fragile, voire peuvent se trouver en errance. La probabilité qu'ils puissent rassurer un procureur quant à leur présentation le jour de leur procès est donc moins importante que pour d'autres individus.

Ce sur-risque d'être jugé en comparution immédiate soulève cependant plusieurs problèmes qui prennent une acuité particulière dans le cas de patients psychotiques. Comme évoqué précédemment, la comparution immédiate se fait dans les deux tiers des cas dans la suite de la garde à vue, au cours de laquelle le sujet n'aura potentiellement peu ou pas dormi, et n'aura le plus souvent pas eu accès à son traitement habituel. Ces conditions amplifient la difficulté pour les prévenus à gérer une situation stressante, et majorent chez un patient psychotique une symptomatologie anxieuse et dissociative. De plus, le procès en comparution immédiate ne laisse qu'un temps très court au prévenu pour échanger avec son avocat, et à ce dernier pour prendre connaissance du dossier. La défense peut alors, en début d'audience, demander un renvoi de l'affaire. Ce délai peut notamment permettre de mieux préparer la défense, ce qui dans la situation d'un sujet atteint de psychose pourrait être l'occasion de solliciter une expertise psychiatrique. Différents observateurs soulèvent cependant que la probabilité d'être alors incarcéré en attente du procès est alors élevée : une observation menée par l'Observatoire Régional de la Délinquance et des Contextes Sociaux (ORDCS) sur quatre mois des audiences de comparution immédiate à Marseille en 2015 retrouvait 65% de placement en détention provisoire dans ces situations (61). De plus, comparaître en cours de détention provisoire augmente le risque qu'un mandat de dépôt soit prononcé lors du jugement (58).

Dans le cas où l'audience se tiendrait, le rythme imposé par le grand nombre d'affaires jugées quotidiennement en comparution immédiate impose des temps de plaidoirie et de débat très courts (30 minutes en moyenne selon les rapports disponibles, dont 6 minutes en moyenne de plaidoirie de la défense) (61). Dans ces conditions, la difficulté de s'astreindre à une individualisation de la peine est soulignée par les différents acteurs de ces comparutions immédiates. Les peines prononcées sont souvent conformes à la peine requise par le parquet, et conduisent majoritairement à une incarcération représentant 77% des peines prononcées dans le cas de l'observation de l'ORDCS (60).

Un sujet souffrant d'un trouble psychotique dispose de plusieurs voies pour obtenir que la justice intègre pertinemment sa pathologie dans les décisions qui le concernent. Les évolutions sociétales récentes, de même que l'état de tension dans lequel se trouve l'appareil judiciaire, créent néanmoins le risque qu'il ne soit pas tenu compte de cette fragilité. Cette situation participe à la présence en détention d'une frange possiblement croissante de patients souffrant de psychose, que celle-ci soit ou non stabilisée, ou à l'origine du passage à l'acte ayant mené à l'incarcération. Il est également probable qu'une variabilité locale existe, qui serait fonction des habitudes des magistrats, des psychiatres experts locaux, ainsi que de l'état de fonctionnement de l'appareil judiciaire localement.

De nombreux facteurs contribuent à la présence en détention de détenus souffrant de troubles psychotiques, qu'ils soient connus, ou qu'il s'agisse de troubles non encore diagnostiqués. La détention peut également être le lieu de manifestation d'une symptomatologie psychotique initiale. Cet état de fait étant connu, il est nécessaire de prendre en compte les aspects très spécifiques de la vie en détention, de s'interroger sur les conditions de vie quotidienne des détenus et les modalités d'interactions entre eux, et l'influence de ces données sur le vécu et la symptomatologie des patients psychotiques.

II.3 Psychose en détention

II.3.1 Vie quotidienne en détention et symptomatologie psychotique

II.3.1.1 Variabilité du vécu selon la présentation clinique

Quel que soit le rôle exact des déterminants évoqués plus haut, il apparaît clairement qu'un nombre non négligeable de sujets souffrant de psychose effectuent un séjour en détention au cours de leur vie. Plusieurs cas de figures sont alors à considérer :

- La pathologie est stabilisée au moment de l'incarcération et le demeure durant le séjour en détention ;
- La pathologie est stabilisée à l'incarcération, ou ne s'était pas encore déclarée, mais le sujet connaîtra une acutisation des symptômes, voir un épisode psychotique aigu, au cours de sa détention ;
- La pathologie n'était pas stabilisée lors de l'incarcération, le sujet pouvant traverser à ce moment un épisode psychotique aigu.

Pour les patients ayant déjà vécu un premier épisode psychotique et ayant éventuellement reçu un diagnostic, l'existence ou non d'un suivi et d'un traitement en cours au moment de l'incarcération peut également modifier la clinique et le vécu de la détention.

Ces descriptions sont bien entendu esquissées à grands traits et la réalité clinique de ces individus s'inscrit dans une évolution continue et individuelle. Il est de ce fait légitime de se questionner sur l'impact qu'aura le séjour en détention sur le vécu et l'expression clinique de ces patients.

Pour une partie d'entre eux, l'incarcération peut signifier un retour vers le soin. Une visite médicale somatique est systématiquement réalisée à l'entrée en prison (cette organisation exacte des soins, notamment psychiatriques, en détention est évoquée plus bas), de même qu'une rencontre avec l'équipe soignante spécialisée en psychiatrie. Pour certains patients n'étant plus suivis, ou ne recevant plus de traitement de fond, l'incarcération peut donc être l'occasion d'une réintroduction de traitement et d'une reprise de suivi. Ces dispositions pourront alors idéalement s'articuler avec le

secteur au moment de la levée d'écrou, afin de permettre un relai et d'éviter une nouvelle rupture. Ce déroulé est probablement espéré par les magistrats qui peuvent être amenés à ordonner l'incarcération d'un individu souffrant de psychose, présumant que la présence de soins psychiatriques intra carcéraux est à considérer comme une opportunité.

Ce vécu de la détention est notamment fonction de la clinique présentée par le détenu souffrant de psychose. Pour certains patients ayant évolué sur un mode déficitaire, l'univers contenant, cadré et très ritualisé de la détention, peut également s'avérer rassurant. Ceux correspondant à ce profil pourront potentiellement traverser leur période de détention dans une relative quiétude (62). Pour d'autres patients, la présence d'une symptomatologie positive marquée, d'une dissociation notamment idéique et émotionnelle, peuvent être une source de difficultés à la fois dans les modalités de communication interpersonnelles et dans la perception et l'adaptation à ce nouveau milieu.

II.3.1.2 Particularités de la vie en détention

L'univers pénitentiaire trouve difficilement son équivalent dans le quotidien hors milieu carcéral. Pour les individus y étant confrontés pour la première fois, ce n'est jamais une expérience neutre ; et ce bien que certains détenus incarcérés à de multiples reprises peuvent dire se trouver, à l'usage, plus à l'aise en détention qu'en milieu ouvert. Cette spécificité du milieu carcéral, en tant que milieu « exceptionnel » et source de stress, se fera d'autant plus sentir qu'il existe chez le détenu une fragilité, telle qu'un trouble psychotique.

Les prisons sont actuellement surpeuplées, en France comme dans le reste du monde. Au premier octobre 2019, il y avait en France 70 818 détenus pour 61 065 places opérationnelles en détention, et 1 497 matelas installés au sol (63). Un certain nombre de facteurs environnementaux stressants sont fréquemment mentionnés par les détenus, notamment en maisons d'arrêt, plus facilement soumises à la surpopulation du fait d'un important turn-over (au premier octobre 2019, les maisons

d'arrêt françaises accusaient un taux d'occupation de 138%). Parmi ces facteurs stressants se trouvent donc la surpopulation et ses différents corollaires (promiscuité, difficulté d'accès à un emploi en détention, à des activités, à la scolarité), des facteurs « hôteliers » (bruits, températures parfois extrêmes selon la saison, vétusté d'une partie du parc immobilier carcéral, qualité et quantité de nourriture disponible), ainsi que leurs conséquences physiologiques et psychologiques (insomnie, anxiété, augmentation du stress basal, irritabilité...). Le plus souvent, le processus d'incarcération est également en lui-même un épisode de rupture sur le plan de l'histoire de vie, avec des impacts sur le plan systémique tels que : séparation avec les proches, restriction de la liberté d'aller et venir, rupture avec le milieu professionnel, impact potentiel sur l'équilibre économique et le milieu de vie du détenu. L'incarcération est également une période de confrontation au cadre pénitentiaire, impliquant un régime horaire spécifique, une réduction de l'intimité, nombre d'interdits spécifiques : matériels (téléphone, alcool, matériel informatique) et en matière d'interactions sociales (œilletons unidirectionnels, absence de contact avec le sexe opposé...). Les interactions sociales sont elles-mêmes sources de stress. En effet, outre la promiscuité déjà évoquée, la vie en détention suppose d'être en capacité de s'adapter à de nouvelles modalités d'échanges, notamment avec les codétenus, souvent fondées sur l'emprise, les rapports de force, voire la violence. Les travaux concernant la vie en détention utilisent parfois le terme d' "ambiance persécutive" (62). Il est intéressant de noter que l'échelle de Holmes et Rahe, créée dans les années 1970 et visant à donner une note sur 100 à différents événements de vie stressants, place un épisode d'incarcération dans les dix facteurs les plus stressants, au même niveau que le décès d'un proche (64). La méthodologie d'établissement et d'utilisation de cette échelle, et notamment ses aspects réducteurs ne tenant que peu compte de l'individualité du vécu de tels événements, a depuis été critiquée. Elle conserve toutefois comme intérêt de donner un aperçu de l'impact d'un tel événement dans une histoire de vie. En outre, il est évident que la détention est un univers demandant une réadaptation rapide et importante à un cadre différant notablement du quotidien en milieu libre, ce qui représente un exercice d'autant plus

ardu que le sujet présente une structure psychique rigidifiée par une pathologie et dont les capacités d'adaptation sont obérées par un trouble psychotique.

II.3.1.3 L'univers carcéral comme lieu de stress spécifique pour les patients psychotiques

La vie en détention s'inscrit dans un cadre très normé, tout en présentant une part importante d'imprévisibilité au sein de ce cadre : notamment dans les relations interpersonnelles, la possibilité d'une confrontation ou de l'irruption d'un échange stressant est continue.

De plus, ce cadre rigide est susceptible d'« abandonner » au repli en cellule les sujets ne présentant pas la capacité de répondre activement à ses exigences. Toute démarche (demande de consultation, de travail, de remise de peine, d'inscription en atelier, pour percevoir l'aide destinée aux indigents, etc.) présuppose la capacité de se plier à une voie de requêtes administratives potentiellement complexe et généralement longue. Ces exigences expliquent la difficulté que les patients souffrant de psychose (dont certains justifient de par leurs symptômes d'une mesure de protection) peuvent rencontrer à faire valoir leurs droits, ou tout simplement à accéder à des occasions de quitter leur cellule. L'apragmatisme des sujets chez qui la symptomatologie déficitaire est prédominante peut expliquer comment un séjour en détention peut se transformer en une expérience de repli et de régression des compétences sociales (65).

Il est également important d'évoquer la perception qu'ont les autres détenus, voire l'administration pénitentiaire, d'un patient souffrant de psychose en détention. Les patients suivis au SMPR et/ou recevant un traitement psychotrope, sont souvent considérés avec méfiance par leurs codétenus, notamment lorsque les traitements s'accompagnent d'effets indésirables visibles (sédation, parkinsonisme). Ces patients peuvent se voir attribuer le terme de « cachetonnés », ou se trouver objets de racket par d'autres détenus à la recherche d'une sédation chimique (notamment lors des prescriptions de benzodiazépines). Enfin, les stéréotypes qui circulent dans le grand public ont également cours en détention : les patients souffrant de psychose et pouvant présenter des bizarreries comportementales sont parfois perçus comme menaçants ou imprévisibles, et de ce fait

ostracisés. Du côté de l'administration pénitentiaire, des représentations semblables sont parfois alimentées par la difficulté à mettre en place un niveau pertinent d'échange avec les soignants, dans la mesure où le secret médical s'impose en détention de la même façon qu'en milieu libre. Ces dispositions n'empêchent pas le personnel pénitentiaire de percevoir d'éventuelles bizarreries, l'incertitude concernant le potentiel hétéro-agressif du détenu venant nourrir une relation de défiance. Cet état de fait est potentialisé par le fait que le rôle même du personnel pénitentiaire et notamment des surveillants, en font des candidats naturels au rôle de persécuteurs chez les patients présentant une exacerbation symptomatologique (65). La surpopulation carcérale explique également que les surveillants ne disposent pas des conditions matérielles pour une individualisation de la relation aux détenus sous leur responsabilité. Des comportements inhabituels de la part de ces détenus, pouvant s'expliquer par une grille de lecture psychopathologique, peuvent alors générer une attitude mal appropriée du côté des surveillants. Ce risque est potentialisé par des interactions rigidifiées par la charge de travail et en l'absence de formation spécifique. Les troubles psychiatriques peuvent alors être perçus comme des provocations ou des ruptures du cadre auxquelles une réponse répressive doit être apportée. Certains de ces éléments expliquent peut-être pourquoi dans l'étude de Morgan, Edwards et Faulkner de 1993, les détenus souffrant de psychose passaient significativement plus de temps à l'isolement que leurs codétenus (66).

II.3.1.4 Détention et facteurs de décompensation psychotique

Tous ces éléments concourent à faire de la détention un lieu de stress potentiel pour un détenu souffrant de psychose. Le rôle du stress dans le déclenchement d'épisodes psychotiques aigus est bien connu, à la fois dans la littérature et dans la clinique quotidienne rencontrée par les professionnels de la psychiatrie. La survenue d'évènements de vie stressants est reconnue depuis de nombreuses années comme un facteur de risque d'épisode psychotique aigu (67), particulièrement chez les patients en rupture de traitement antipsychotique (68). Plusieurs études récentes évoquent également une plus grande sensibilité basale au stress comme l'un des facteurs de vulnérabilité pouvant mener à un premier épisode psychotique. Certains travaux ont mis en avant qu'une

hyperréactivité de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien serait impliquée dans le déclenchement d'une entrée en psychose (69–71). Dans leur synthèse bibliographique de 2012, Alvarez-Jimenez et son équipe mettent également en avant que le fait d'être l'objet de critiques de la part de ses personnes ressources (proches etc.) serait également un facteur de risque de rechute d'une psychose. Cette dimension relationnelle est très présente en détention, comme évoqué au chapitre II.3.3. De plus, il est aisé d'imaginer que l'incarcération d'un sujet souffrant de psychose peut être à l'origine de mouvements de critiques et de rejet de la part de ses proches (s'il en a). Enfin, cette synthèse montre qu'un niveau fonctionnel prémorbide bas est un facteur de risque indépendant de récurrence d'épisode psychotique après un premier épisode. Cependant comme vu au chapitre II.1.2, il s'agit également d'un facteur de risque d'incarcération pour un patient souffrant de psychose (72).

Le rôle de la consommation de toxiques (et en particulier du cannabis) dans la survenue d'épisodes psychotiques aigus, et dans la précipitation d'une entrée en psychose, est également bien soutenu dans la littérature (31,73). La question des toxiques est omniprésente en détention, où il peut parfois s'avérer plus facile pour un détenu de s'en procurer qu'en milieu libre. Dans une économie interne reposant sur le troc, certains patients suivis pour une psychose trouvent dans leurs psychotropes une valeur d'échange notable qui leur permet un approvisionnement en toxiques. La consommation de cannabis est souvent considérée par les détenus comme l'une des rares marges de liberté et l'un des seuls moments de plaisir conservés durant l'incarcération (52,62).

Enfin, il est important de rappeler que l'anamnèse réalisée lors de l'examen d'entrée (qu'il s'agisse de la visite médicale somatique ou de la visite d'entrée psychiatrique) est déclarative. Il s'agit donc d'un moment propice permettant à certains sujets de concrétiser leur réticence au traitement antipsychotique, ou de retenir certaines informations, en lien avec la conscience partielle de leurs troubles. Seuls certains détenus ayant signalé leurs troubles au préalable ou ayant montré au fil de

leur parcours pré incarcération des signes de troubles mentaux, sont signalés au moment de leur mise sous écrou par des sources extérieures (par signalement émanant d'un conseiller pénitentiaire de probation et d'insertion, par une notice individuelle rédigée par un juge d'application des peines...). De plus, les soins en incarcération reposent sur le principe de l'absence de double contrainte : une « obligation » médicale ne peut venir s'ajouter à une contrainte judiciaire. Certains sujets ne présentant pas lors de l'examen initial une symptomatologie nécessitant des soins intra-hospitaliers, peuvent parfaitement refuser tout suivi et traitement dans ce nouvel environnement et récuser cette équipe soignante psychiatrique différente de celle habituellement par lui identifiée. Dans une étude de 2014 portant sur 18 185 détenus aux États-Unis, Gonzales et Connell montrent qu'environ 50% des détenus bénéficiant d'un traitement psychotrope avant leur incarcération voyaient ce traitement interrompu au moment de leur entrée en détention, même si, selon eux, les patients présentant un diagnostic de schizophrénie auraient un meilleur « taux de poursuite du traitement » que ceux suivis pour un trouble thymique (74).

Un passage en détention ne peut donc pas être considéré comme dépourvu de risques spécifiques pour un sujet souffrant de psychose. Même pour un patient connu, diagnostiqué et équilibré sous traitement, il n'est pas possible de garantir qu'une incarcération ne sera pas un élément précipitant d'un épisode psychotique aigu. Or, la littérature en psychiatrie montre de façon claire que chaque rechute est un facteur évolutif péjoratif, que ce soit en termes de niveau fonctionnel ultérieur, de risque de résistance au traitement ou de majoration de la symptomatologie résiduelle, avec les impacts prévisibles sur l'insertion sociale et la qualité de vie du patient (73).

II.3.1.5 La levée d'écrou

Certes, l'incarcération représente un ensemble de risques spécifiques pour les détenus souffrant de troubles psychotiques ; mais la levée d'écrou est un autre écueil potentiel. Ce retour à la vie en dehors des structures pénitentiaires est en effet un moment de rupture sur de nombreux points, qu'il s'accompagne ou non de mesures de suivi socio-judiciaire.

Tout d'abord, rappelons (chapitre II.1.4) que les détenus souffrant de psychose sont fréquemment condamnés pour des faits délictueux et effectuent souvent des peines inférieures à deux ans, en maison d'arrêt. Conjugué aux considérations précédemment évoquées concernant les difficultés potentielles d'accès de ces patients aux dispositifs pouvant accompagner la préparation de la libération, il est indubitable que celle-ci s'effectue rarement dans les meilleures conditions. Ce moment de la libération est en effet connu comme étant à risque, même pour un détenu ne souffrant pas de psychose.

La mortalité des détenus dans la période suivant la libération est plus élevée que dans la population générale, ce rapport variant selon les causes de mortalité. Dans leur méta-analyse de 2012, Zlodre et Fazel mettent notamment en avant un sur-risque de suicide, et de décès par overdose (75) (probablement lié à des raisons pharmacologiques). Dans une étude de 2003 concernant les détenus de la prison de Fresnes, ce risque de décès par overdose dans l'année suivant la libération est évalué de 124 à 274 fois plus élevé que dans la population générale, selon la tranche d'âge (76). Il existe toutefois peu de données concernant l'évolution de la situation sociale et médicale des détenus à la sortie. Ces études concernant leur mortalité suffisent cependant à indiquer qu'il s'agit d'une période à risque durant laquelle de nombreux points de vulnérabilité peuvent se concrétiser (77).

Dans le cas de sujets souffrant d'un trouble psychotique, la sortie d'hospitalisation est également un autre moment critique de leur parcours de vie. Toutes proportions gardées (le milieu hospitalier étant à priori spécialisé, bienveillant, et la plupart du temps fréquenté de façon consentie), il s'agit également du retour d'un milieu cadré et déresponsabilisant vers un autre plus ouvert, empli d'incertitudes et d'injonctions. Le caractère délicat de cette transition et la nécessité de sa préparation en amont sur le plan médical et social, sont bien connus des services de soins. Cette affirmation est d'autant plus vraie qu'elle concerne des patients précarisés. De plus, une

incarcération a un potentiel plus délétère sur la question de l'emploi et du logement qu'une hospitalisation.

Concernant les détenus souffrant de psychose, leur libération pose une question supplémentaire : celle du relai de soins. La sortie de détention constitue une reprise de contact avec de nombreux aspects de la vie civile, de façon simultanée. Confrontés à la fois aux difficultés de revenus, de logement, au retour vers leur proches etc., il est aisé de concevoir que leur participation à l'organisation d'un relai de suivi psychiatrique ne soit pas nécessairement la priorité de ces patients sortant de détention. Afin de faciliter ce relai, les SMPR proposent parfois une poursuite des soins auprès de leur propre équipe pendant un temps après la libération. L'inclusion des SMPR dans l'organigramme sectoriel de leur région se justifie également par le souhait de favoriser ce relai qui se ferait alors d'un secteur de psychiatrie pénitentiaire vers un secteur de psychiatrie générale. Plusieurs difficultés peuvent cependant survenir. Environ 60% des entrants en détention n'ont pas de logement personnel (77), et ils n'en acquièrent de loin pas tous un durant leur incarcération. Ces patients sont donc considérés comme « hors secteurs » et pris en charge au titre de la sectorisation alphabétique s'il n'existe pas de structure spécifiquement adressée aux patients en situation de précarité (certaines régions proposent des centres de soins affranchis de la sectorisation géographique et destinés aux patients en situation de précarité sociale). Le délai nécessaire pour obtenir une consultation avec un psychiatre de secteur est également un obstacle. Cette question du délai est d'autant plus dommageable que la date de libération des détenus est parfois aléatoire ; elle survient parfois de façon impromptue, anticipée de quelques jours ou semaines sur celle annoncée au préalable, à la faveur d'une remise de peine. Un sujet en détention provisoire peut également être libéré à l'issue de la tenue de son procès, passant en quelques heures du statut de détenu avec quelques mois de détention devant lui à celui d'individu libre. Ce caractère parfois inattendu de la libération peut rendre difficile l'organisation d'un relai de soins. Il complique également la

participation la préparation de sa libération et du basculement vers un nouveau secteur de soins, les détenus n'étant informés que tardivement de leur date de levée d'écrou.

Enfin, on peut noter que ces patients au double profil, psychiatrique et judiciaire, génèrent parfois de la crainte chez les équipes soignantes de secteur. La sortie de détention est donc à la fois une période stressante pouvant précipiter une acutisation symptomatique, et une occasion supplémentaire pour le patient d'être « perdu de vu » par l'institution psychiatrique.

La vie quotidienne en détention obéit à un ensemble de règles officielles et officieuses, voire tacites, spécifiques. Elle comporte également de nombreuses particularités sur le plan relationnel et organisationnel. L'incarcération sollicite donc grandement les capacités d'adaptation du sujet. Pour les patients souffrant de troubles psychotiques, elle vient également rendre concrets certains vécus, notamment persécutifs, et soumettre le sujet à nombre facteurs stressants identifiés comme à risque de précipiter une recrudescence symptomatique. Il n'existe cependant pas de données spécifiques permettant de quantifier l'impact exact de ces incarcérations à court et moyen terme sur le devenir de ces patients, ni sur l'impact « correcteur » que peuvent avoir les soins psychiatriques en détention.

II.3.2 Les soins psychiatriques en détention

II.3.2.1 Principes des soins psychiatriques en détention

Comme évoqué précédemment, la prise en charge sanitaire en détention est du ressort de l'hôpital public depuis la loi du 18 janvier 1994 (78). Depuis la circulaire du 8 décembre 1994, tout établissement pénitentiaire doit être doté d'une convention permettant une prise en charge spécialisée en psychiatrie des détenus incarcérés en son sein (79). Il s'agit d'une intervention de personnel spécialisé depuis l'hôpital de rattachement (centre hospitalier spécialisé ou hôpital général doté d'un pôle de psychiatrie), ou depuis le SMPR si la maison d'arrêt en est dotée, le SMPR étant lui-

même rattaché à un centre hospitalier spécialisé. Le transfert d'un détenu vers un établissement pourvu d'un SMPR est également envisageable si une prise en charge de niveau 2 est nécessaire (voir plus loin pour les différents niveaux de prise en charge).

Il existe à l'heure actuelle 26 SMPR en France. Leur mission est le dépistage des troubles psychiatriques chez les détenus arrivants, le suivi psychiatrique des détenus et la mise en œuvre de traitements spécialisés. Les SMPR ont également une mission de dépistage et de prise en charge en addictologie, généralement appuyée sur un Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), extérieur à la Maison d'Arrêt, ou interne (comme à la Maison d'Arrêt de Strasbourg). Puisque tous les établissements pénitentiaires ne comprennent pas de SMPR, ceux-ci se chargent en principe également de l'organisation et de la coordination des soins psychiatriques sur la région pénitentiaire qui leur est dévolue. Dans ces établissements, c'est au sein des Unités de Consultation et de Soins Ambulatoires (UCSA, principalement dédiées aux soins somatiques) qu'interviennent des professionnels en santé mentale (infirmiers, psychologues et/ou psychiatres) qui se chargent du dépistage et des suivis psychiatriques. En pratique, l'organisation de ces soins est souvent attribuée à leur hôpital psychiatrique de rattachement : le SMPR a surtout un rôle de recours.

Depuis la loi du 8 décembre 1994, les soins en détention ont une obligation d'égalité d'accès, c'est-à-dire qu'ils doivent donner accès aux mêmes soins que ceux dont dispose la population en milieu libre (79,80). Trois grands principes régissent les soins psychiatriques en détention. Tout d'abord, ces soins sont administrés avec le consentement des patients et il n'y a donc pas de soins contraints en détention. Ce principe s'appuie sur l'idée que les soins nécessitent, pour être efficaces, de demeurer un espace de liberté pour les patients. Les SMPR ne peuvent donc obliger un patient à prendre un traitement ou même à se rendre en consultation. Le second principe est celui de l'indépendance vis-à-vis de l'administration pénitentiaire, avec notamment un respect scrupuleux du secret médical. Ce

principe rencontre cependant de nombreuses difficultés d'application, ne serait-ce que parce que l'administration pénitentiaire assure par exemple les mouvements vers les lieux de consultation. Elle a donc forcément connaissance de l'identité des détenus bénéficiant de ce suivi, de sa nature (ateliers, entretiens) et de son rythme.

Le troisième grand principe est celui de l'intégration du SMPR dans le dispositif local de sectorisation. Le but est de favoriser le relai de soins lors de la sortie de détention, et d'asseoir le statut du SMPR au sein du maillage psychiatrique qu'organise la psychiatrie de secteur.

II.3.2.2 Organisation pratique

Ces soins psychiatriques au cours de l'incarcération sont divisés en trois niveaux. Le premier correspond à des soins ambulatoires : consultations et entretiens (infirmier, psychologue, psychiatre, assistante sociale) et ateliers (type CATTP) comparables aux principes d'un CMP (Centre Médico-Psychologique). Les détenus s'y rendent donc depuis leur quartier de détention, aux horaires prévus pour le soin. Selon le public accueilli, (femmes, détenus du quartier disciplinaire ou du quartier d'isolement), cette circulation peut être restreinte à certains horaires ou à certaines conditions, voire s'avérer impossible (en cas de blocage de sécurité, par exemple). Le soin sera alors effectué directement en détention, ou reporté. Lorsque ces patients se voient prescrire un traitement médicamenteux, celui-ci est distribué en détention, directement en cellule par les équipes soignantes, une fois par jour, sauf en cas de mention « non responsable » sur l'ordonnance. Il n'est donc pas prévu de surveillance des prises médicamenteuses et on ne peut donc également pas écarter la possibilité d'un mésusage du traitement (vol, revente, racket...). Seuls les traitements substitutifs de l'héroïne sont distribués individuellement et pris sous la surveillance des soignants.

Le deuxième niveau de soins correspond à l'admission au sein de l'hébergement thérapeutique du SMPR, qui bénéficie généralement d'un quartier spécifique dans l'établissement pénitentiaire, avec un certain nombre de cellules (de 0 à 43 selon les établissements) dédiées à cet accueil. Les patients hébergés au SMPR bénéficient de soins qui se rapprochent de ceux d'un hôpital de jour, comprenant

par exemple un plus grand nombre d'activités thérapeutiques, un accompagnement de chaque prise médicamenteuse par l'équipe infirmière et un suivi médical plus rapproché. Les indications correspondent à des prises en charge plus intensives pour des patients vulnérables notamment mal stabilisés ou nécessitant une réadaptation thérapeutique avec une surveillance rapprochée, requérant une évaluation diagnostique fine, ou pour l'accompagnement de patients que leur clinique rend incompatible avec le maintien en détention classique. Un seul SMPR en France dispose d'une place uniquement destinée aux femmes (Fleury-Merogis).

L'hébergement thérapeutique du SMPR accueille en général des patients souffrant de troubles mentaux sévères (troubles bipolaires, psychose). Mais ce dispositif thérapeutique n'a pas toujours poursuivi cette exacte vocation car il a été également conçu par certains professionnels de la psychiatrie pénitentiaire comme un lieu de psychothérapie, notamment institutionnelle, à destination des troubles graves de la personnalité présentant des comportements auto et hétéro-agressifs sévères (81).

Ces deux niveaux de soins se réalisent dans le cadre physique de la détention, et dépendent des temps de présence des soignants dans l'établissement. Pour la majorité des lieux d'incarcération, cela correspond à une plage horaire allant de 7h à 19h environ. Seuls deux établissements (Fresnes et les Baumettes) bénéficient d'une permanence soignante de nuit. L'accès nocturne aux soins se fait sur appel depuis la cellule à destination des surveillants constituant l'équipe de nuit, en général en effectifs réduits par rapport à la journée et nécessitant donc d'importants délais pour circuler d'un bout à l'autre de l'établissement. De plus, l'ouverture d'une cellule ne se fait qu'avec accord du gradé d'astreinte. Une intervention en cas d'urgence vitale comme une tentative de suicide, prend alors au minimum 15 à 20 minutes (82). L'état de santé de certains détenus nécessite parfois des soins assortis d'une surveillance plus rapprochée que celle réalisée en détention. Les patients dont l'état clinique dépasse les conditions de prise en charge de niveau deux sont orientés vers un lieu de soins

approprié : il s'agit du troisième niveau de soins qui correspond à une hospitalisation à temps complet en établissement spécialisé.

L'article D398 du code de procédure pénale prévoit que « les détenus atteints des troubles mentaux visés à l'article L. 3214-3 du code de la santé publique ne peuvent être maintenus dans un établissement pénitentiaire » (83). Longtemps, ces patients étaient accueillis dans un service de psychiatrie générale, sous le régime prévu cet article, alors hospitalisés exclusivement en mesure de soins contraints à la demande du représentant de l'état. Cet état de fait a pendant longtemps limité l'accès aux soins intra-hospitaliers aux patients ne consentant pas aux soins. De plus, lors de l'accueil d'un patient détenu, le service hospitalier est enjoint à le soumettre aux mêmes restrictions qu'en détention. Or, ces restrictions peuvent s'avérer incompatibles avec une libre circulation dans un service. Par exemple, pour téléphoner, les détenus doivent faire « ouvrir » une ligne vers un numéro fixe, dont le propriétaire fournit une facture de téléphone et son accord pour être désigné comme « ligne ouverte ». Certains détenus ont de plus l'interdiction de rentrer en contact avec certaines personnes (complices présumés, victimes etc.). Le maintien de cet accès restreint aux télécommunications ne peut s'accorder avec la présence d'une ligne fixe accessible dans un service, ou même du fait de pouvoir emprunter le téléphone portable d'un autre patient du service. Cette injonction n'est pas absolue et l'hospitalisation peut s'assortir d'un certain assouplissement de ce cadre judiciaire ; il demeure que ce contexte rend plus ardue la prise en charge de ces patients/détenus en psychiatrie générale. Ces restrictions, leur difficile compatibilité avec le cadre hospitalier, ainsi que la crainte éprouvée par les soignants, conduisent parfois ces patients à des prises en charge exclusives en chambre d'isolement. Le recours à ces hospitalisations en secteur général de psychiatrie existe encore actuellement, notamment dans les cas d'urgence ne permettant pas l'organisation d'un transfert suffisamment rapide en UHSA (Unité d'Hospitalisation Spécialement Aménagée).

En effet, depuis l'ouverture de la première UHSA en 2010, ces unités représentent en théorie le lieu privilégié d'hospitalisation psychiatrique de patients détenus. Ils peuvent y être accueillis sous le régime des soins libres, ou des soins à la demande du représentant de l'état. Il n'est cependant pas possible d'y admettre un patient en soins à la demande d'un tiers ou en mesure de péril imminent. Cela a pour effet théorique de limiter les soins de niveau 3 aux patients consentants ou aux patients représentant un danger pour eux-mêmes ou autrui (84).

Les UHSA sont implantées dans un contexte hospitalier, mais pourvues d'un mur d'enceinte et d'un service de sécurité assuré par l'administration pénitentiaire. Ces agents pénitentiaires n'interviennent en théorie pas directement dans le lieu de soins en dehors d'incidents sévères, à la demande de l'équipe soignante. Ces services demeurent cependant des espaces hybrides, au fonctionnement non complètement superposable à celui d'un lieu de soins classiques du fait de la possibilité de fouilles, de la circulation limitée dans le service, ou de l'accès restreint du patient à son avocat (85).

II.3.2.3 Demande et accès aux soins

Il existe donc un dispositif de soins psychiatriques en détention, calqué sur le modèle des soins ambulatoires « classiques ». Son efficacité est cependant conditionnée à son accessibilité. Ce point sera abordé dans la présente partie à travers l'exemple de l'adressage de détenus au pôle 67P16, comprenant le CSAPA et le SMPR de la maison d'arrêt de Strasbourg.

Il existe plusieurs voies par lesquelles un détenu souffrant de psychose peut être mis au contact des soins psychiatriques. Les trois grands modes par lesquels un sujet peut entrer dans le « champ de vision » du SMPR sont le signalement par un tiers, la visite d'entrée, et une demande du détenu lui-même. La demande de soin peut également évoluer au cours de l'incarcération.

Un détenu entrant peut être signalé en parallèle de son arrivée, voire avant sa présence dans les murs. Le magistrat ayant prononcé son placement sous mandat de dépôt remplit systématiquement une notice individuelle (voir Annexe 1). Au sein de celle-ci, une rubrique spécifique permet d'indiquer

que l'individu présente des antécédents et / ou un traitement psychiatrique, ou s'il nécessite un examen psychiatrique urgent. Dans ces cas de figure, ces notices sont adressées directement au SMPR par le greffe de la Maison d'Arrêt. Il est à noter que ce relevé d'informations se fonde généralement sur les déclarations, éventuellement spontanées, de l'individu.

Suite à son incarcération, le détenu rencontre différents intervenants dans le cadre du « parcours arrivant ». Ces intervenants comportent notamment un gradé, un conseiller pénitentiaire en insertion et probation (CPIP), et également un médecin généraliste dans le cadre de la visite médicale d'entrée de l'UCSA. Sur cette période de quelques jours, il sera placé au quartier arrivants avant d'être orienté en détention en fonction des résultats de cette évaluation pénitentiaire initiale. Dans les 7 à 10 jours suivant l'entrée en détention, une visite d'entrée centrée sur le dépistage d'une pathologie psychiatrique et/ou addictologique et/ou d'une demande de soins est réalisée par l'équipe du pôle 67P16. Le recueil d'informations réalisé lors de la visite d'entrée est fondé sur les déclarations du patient et sur sa clinique, une attention particulière aux détenus « primaires », c'est à dire dont c'est la première incarcération. Il n'est donc pas impossible, s'il ne présente pas de signes cliniques francs, qu'un sujet souffrant de psychose puisse échapper à la détection, bien que cette occurrence demeure rare. Comme pour tous les soins proposés en détention, le détenu peut également refuser la rencontre avec les soignants du pôle. Par la suite, le détenu sera régulièrement au contact des surveillants, des CPIP, d'intervenants non pénitentiaires (enseignants, encadrants des ateliers, intervenants religieux), etc. Chacun d'eux a la possibilité d'adresser un signalement au SMPR s'il constate chez le détenu des signes d'alerte pouvant justifier une évaluation psychiatrique (voir Annexe 2).

Enfin, le détenu a bien entendu la possibilité de solliciter lui-même un accès aux soins, par le biais d'un courrier (« requête ») adressé au SMPR. Pour permettre le respect du secret médical, ces requêtes (de même que celles adressées à l'UCSA) ont un circuit séparé de celui des requêtes à

destination de l'administration pénitentiaire. Il s'agit de boîtes aux lettres spécifiques uniquement accessibles et relevées par les équipes de soin. L'une des difficultés potentielles de cette voie est la prévalence de l'illettrisme en détention, bien supérieure à celle de la population générale (77), ainsi que la présence de détenus de nationalité étrangère ne parlant ni n'écrivant le français.

Un détenu demandant de l'aide pour une souffrance psychique, quelle qu'en soit la cause, a donc plusieurs moyens d'accéder à des soins psychiatriques. L'accès aux soins peut être plus compliqué dans le cas de patients réticents ou présentant un insight faible, symptômes régulièrement retrouvés chez des patients souffrant de psychose. Si leur pathologie est insuffisamment équilibrée, deux cas de figures principaux sont à considérer. Si les symptômes présentés se traduisent par des manifestations comportementales bruyantes (propos et comportement étranges ou délirants, destruction de matériel, agressivité), il est alors probable qu'il sera rapidement signalé, et orienté vers les soins. À l'inverse, un patient évoluant sur un mode déficitaire a moins de chances d'alerter le personnel pénitentiaire avec qui il est en contact réduit. De plus, sa symptomatologie peut représenter un obstacle à être activement demandeur de soins. De la même façon, un patient présentant des symptômes positifs importants peut être conduit par son vécu délirant à adopter une attitude de repli et à refuser le contact. Certains vécus persécutifs, potentiellement exacerbés par la détention, peuvent notamment générer ces attitudes de « mise à l'abri », et de retrait en cellule, refusant par exemple les promenades. Les patients concernés risqueront d'être donc moins repérés comme détenus en souffrance et de pouvoir bénéficier de soins en temps utile.

Les soins psychiatriques actuellement accessibles en détention recouvrent les mêmes possibilités qu'en milieu libre. De par leur limitation aux soins consentis, ces soins peuvent ne pas répondre aux nécessités de certains patients aux manifestations pathologiques très aiguës. De plus, malgré une démarche d'homogénéisation actuellement en cours au niveau régional, l'amplitude des soins proposés est variable selon les établissements et les habitudes de soins.

Questions et hypothèses :

L'évolution des rapports entre justice et psychiatrie conduisent à l'heure actuelle à la présence d'un nombre apparemment croissant de sujets souffrant de troubles psychotiques.

Ils semblent présenter un profil spécifique en termes de thérapeutique et de pronostic. De plus, leur pathologie interfère avec leur parcours judiciaire, notamment en pré-sentenciel (type de faits, parcours jusqu'à l'incarcération). Réciproquement, les passages en détention impactent l'évolution du trouble psychotique. Une incarcération peut donc modifier l'intensité symptomatique présente, mais également le rapport aux soins. Certains détenus souffrant de psychose reviennent vers les prises en charge spécialisées, tandis que d'autres peuvent vivre à cette occasion une rupture de soins. La prison n'est cependant pas un lieu « ordinaire » de soins et comportent ses propres difficultés et paradoxes. Les données objectives, et surtout croisées, concernant ces différentes problématiques sont cependant disparates et plutôt peu représentées dans la littérature scientifique. Ce travail de thèse s'attache donc à apporter un éclairage sur certaines de ces questions au travers de trois questions principales, étudiées au sein du SMPR de la maison d'arrêt de Strasbourg.

- Qui sont ces patients et de quels soins bénéficient-ils ?
- Quelles sont les caractéristiques cliniques et judiciaires de ces patients incarcérés ?
- De quelle façon le parcours sanitaire et le parcours judiciaire interagissent-ils ?

III. Matériel et méthode

III.1 Protocole

III.1.1 Zone d'étude : le SMPR de la maison d'arrêt de Strasbourg

Cette étude a été menée au Service Medico-Psychologique Régional (SMPR) de la maison d'arrêt de Strasbourg. Au moment de l'étude, cette dernière avait une capacité d'accueil théorique de 445 places. Comme il s'agit d'une maison d'arrêt, son remplissage s'adapte aux besoins d'incarcération, et était en suroccupation. Sur la période de l'étude, le taux d'occupation a varié entre 150 et 171%. La capacité d'accueil théorique comprenait 345 places en quartier hommes, 18 en quartier femmes, et 38 en quartiers mineurs, 34 en quartier arrivants, 20 au quartier d'isolement, 18 au quartier disciplinaire, et 12 à l'hébergement thérapeutique du SMPR.

Le SMPR relevait du pôle 67P16, rattaché à l'Établissement publique de santé Alsace Nord (EPSAN). Ce pôle était ainsi désigné car il s'agissait du 16^{ème} pôle de santé mentale en détention ouvert en France, et qu'il était situé dans le département du Bas-Rhin (67). En plus du SMPR, le pôle 67P16 comprenait un Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) dont les missions étaient équivalentes à celles de ses homologues hors milieu pénitentiaire. Le SMPR avait quant à lui pour mission d'assurer le dépistage, le diagnostic et le suivi en psychiatrie et en santé mentale des détenus de la maison d'arrêt de Strasbourg.

Les soins administrés au sein du SMPR sont fondés, comme tout soin en détention, sur le principe du consentement du patient ; il n'existe pas de soins contraints en détention. Au moment de l'étude, l'orientation vers le SMPR pouvait se faire de plusieurs façons. Tout d'abord, l'équipe infirmière rencontrait chaque détenu entrant à l'occasion de la visite d'entrée, proposée systématiquement dans les cinq à dix jours suivant l'incarcération. Cette visite permet de présenter aux détenus

l'existence et les missions du SMPR, de recueillir les principaux éléments biographiques et les antécédents somatiques et biographiques, de dépister des éléments symptomatiques (notamment en terme de choc carcéral : réaction émotionnelle intense avec possible débordement des capacités psychique, secondaire à la rupture que représente une entrée en incarcération) et une éventuelle demande de soins. Toute visite d'entrée n'indiquait pas nécessairement de suivi psychiatrique. En revanche, lorsqu'une indication de soin était retrouvée, la situation était soit présentée pour orientation lors d'une réunion pluridisciplinaire quotidienne, soit adressée le jour même vers le psychiatre de permanence en cas de situation grave ou urgente.

Certains détenus entraient en contact avec le SMPR avant de bénéficier la visite d'entrée. Cela pouvait être lié à des éléments signalés par le juge sur leur notice d'incarcération individuelle, ou à un signalement précoce par la détention ou par l'Unité de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) au moment de l'entrée en incarcération, au cours de laquelle le détenu bénéficiait de plusieurs entretiens avec des acteurs de la détention et un médecin généraliste.

En dehors de ces deux situations, chaque détenu pouvait formuler à tout moment une demande de soins au cours de son incarcération, en transmettant sa demande (requête) par courrier interne au SMPR. Par ailleurs, un autre mode d'entrée dans les soins passait par un signalement possiblement réalisé par tout acteur de la détention au contact du patient (surveillant pénitentiaire, conseiller SPIP, infirmier ou médecin de l'UCSA...).

Les missions du SMPR étaient structurées en deux niveaux de soin. Le niveau 1 correspondait aux suivis ambulatoires, comme il est possible d'en réaliser en CMP (Centre Médico-Psychologique). Il pouvait s'agir d'entretiens avec un infirmier, de consultations avec un psychologue, un neuropsychologue, un psychiatre, ou d'activités socio-thérapeutiques. Le niveau 2, dénommé hébergement thérapeutique, s'apparentait à une hospitalisation à temps partiel. Il s'agissait d'un accueil distinct du reste de la détention au sein de 11 cellules situées dans le bâtiment accueillant le

SMPR. Les patients y bénéficiaient, en journée, d'échanges avec les infirmiers du lundi au samedi midi, d'une distribution du traitement, et d'activités à un rythme plus fréquent que celui proposé aux autres détenus relevant de soins ambulatoires. Cette modalité de prise en charge permettait *de facto* une mise à distance du reste de la détention, l'hébergement possédant sa propre cour de promenade, douches etc. Ces soins étaient destinés à des patients mal stabilisés, pouvant tirer bénéfice de soins plus rapprochés ou incompatibles avec la détention classique en raison de leur symptomatologie, mais ne nécessitant pas de soins psychiatriques en hospitalisation complète. Hors urgence, ces patients ne pouvaient bénéficier de soins en dehors du temps de présence du personnel soignant en détention (7h-18h30).

Il existe un niveau 3 de soins, qui correspond à une hospitalisation complète et ne peut donc être dispensé dans l'enceinte de la maison d'arrêt. En cas de nécessité d'hospitalisation sans délai, un transfert vers un hôpital de proximité (centre hospitalier spécialisé d'Erstein, l'EPSAN ou Hôpitaux Universitaires de Strasbourg) était privilégié. S'il était possible cliniquement de différer l'admission de quelques jours, l'UHSA de Nancy accueillait le patient. En cas de transfert vers un hôpital de proximité, un relai secondaire vers l'UHSA pouvait être organisé.

Concernant ces trois de niveaux de soins, sur la période de temps considérée, la file active du pôle a varié de 1457 à 1796 patients, tous types de prise en charge et diagnostics confondus, avec une moyenne de 1654,5 patients.

III.1.2 Recueil des données

Afin de répondre aux problématiques de l'étude, différentes données concernant des patients pris en charge par le SMPR ont été extraites des dossiers médicaux. Ces données consistaient en 43 variables qualitatives (indiquées dans le **Tableau 1**) et quantitatives. Ces dernières étaient le nombre total d'incarcérations vie entière, le nombre et la durée d'incarcération sur la

période de l'étude, le délai entre deux incarcérations, le nombre et la durée d'hospitalisations pendant l'incarcération, le nombre d'hospitalisations entre deux incarcérations, et la durée de soins.

Concernant les variables socio-économiques à l'incarcération, un « logement stable à l'incarcération » excluait les hébergements de type foyer d'urgence ou hébergement précaire par un tiers non ressource. La « présence d'un entourage » était définie comme l'existence d'au moins une personne, relevant ou non du cercle familial, désignée par le patient comme soutenance et comme facteur de stabilité. Les « motifs d'incarcérations » ont été relevés en grandes catégories, recouvrant les dénominations pénales (**Tableau 2**). La notion de « violence » au moment des faits ayant motivé l'incarcération a été relevée indépendamment du motif lui-même. Afin d'intégrer un élément temporel important dans l'appréhension de la trajectoire d'un patient, les niveaux de soins en incarcération ont intégré les modalités « 2 et plusieurs fois 3 » (hébergement thérapeutique et plusieurs hospitalisations à temps complet) ; « 2 puis 3 » (hébergement thérapeutique dans un premier temps, puis hospitalisation à temps complet) ; « 3 puis 2 » (hospitalisation à temps complet initialement, suivie d'une prise en charge en hébergement thérapeutique au retour en détention). La « sortie » était définie comme le moment où le patient a quitté la maison d'arrêt de Strasbourg, ce qui ne correspondait pas nécessairement à sa libération. Il pouvait également s'agir d'un transfert dans un autre établissement pénitentiaire, majoritairement un centre de détention. L'« obligation de soins à la sortie » ne recouvrait que les obligations judiciaires et ne comprenait donc pas le cas de patients transférés en hospitalisation à la libération, qui pouvaient être par la suite soumis à un programme de soins.

Seule une partie des dossiers de patients suivis par le SMPR a été utilisé : une sélection a été menée sur des critères temporels et de niveaux de soins. Tout d'abord, les dossiers issus de la période janvier 2012 à décembre 2017 ont été pris en compte. Ce choix a été déterminé par l'ouverture de l'UHSA de Nancy le 22 mars 2012, garantissant des données homogènes en termes de possibilités

d'hospitalisation à temps complet. La date de fin de la période considérée (décembre 2017) correspond aux données les plus récentes disponibles à la date de début de l'étude. Durant cette période trois chefs de service et plusieurs médecins se sont succédés, avec pour corollaire une diversité des pratiques, notamment en ce qui concerne les indications d'admission à l'hébergement thérapeutique. Ensuite, seuls les patients ayant bénéficié de soins de niveau 2 et/ou 3 durant leur incarcération ont été examinés. Les patients sélectionnés souffraient d'un trouble psychotique ou avaient présenté des symptômes de la lignée psychotique (dissociation, éléments délirants ou symptomatologie négative). Les symptômes d'allure psychotique liés à des troubles organiques ont été écartés, mais les épisodes relevant potentiellement d'une pharmacopsychose ont été conservés. Cette décision s'est appuyée sur le fait que la part de symptomatologie liées à une prise de toxiques et à une pathologie chronique sous-jacente se précise souvent avec l'évolution à moyen et long terme, difficile à observer sur le temps d'une incarcération en Maison d'Arrêt. L'étude s'intéressant à l'interaction entre parcours sanitaire et judiciaire, elle restait pertinente pour ces patients bénéficiant même sporadiquement d'une prise en charge psychiatrique venant croiser leur incarcération. En effet, la symptomatologie psychotique émergeant à la faveur d'une pharmacopsychose pouvant être comparable en termes de perte de chances et de handicap à celle d'une décompensation de psychose chronique.

Les données des patients incarcérés plusieurs fois sur la période d'étude ont été relevées pour chaque incarcération au cours de laquelle ils ont bénéficié de soins de niveau 2 et/ou 3.

Considérant la prise en compte à plusieurs reprises de certains patients, suite à leur réincarcération, les variables : âge, suivi antérieur, diagnostic antérieur, toxiques, et niveau d'étude, ont été prises en compte dans les calculs en ne considérant qu'une seule fois les données provenant d'un même patient. Les autres variables ont été considérées en termes de nombre de prises en charge.

Notons enfin que cette étude a obtenu l'aval de la Commission Nationale Informatique et Libertés, a été effectuée dans le cadre défini par l'article IX de la loi « Informatiques et libertés » et inscrite au registre de traitement des données de l'Etablissement Public de Santé Alsace Nord (EPSAN).

Tableau 1 : variables qualitatives relevées pour chaque dossier

Variable qualitative	Modalités					
<i>Données socio-économiques à l'incarcération</i>						
Sexe	Homme			Femme		
Classe d'âge	20-30 ans	30-40 ans			Supérieur à 40 ans	
Niveau d'études	Inférieur ou égal au brevet		Supérieur au brevet, inférieur au bac		Bac et plus	
Antécédent de consommation de toxiques	Oui			Non		
Logement stable à l'incarcération	Oui			Non		
Revenus à l'incarcération	Non	Emploi		AAH	Minimums sociaux et revenus de solidarité	
Entourage à l'incarcération	Oui			Non		
Mesure de protection	Non	Curatelle	Curatelle renforcée	Tutelle		
<i>Données pénales à l'incarcération</i>						
Motif d'incarcération	Infraction à la loi sur les stupéfiants (ILS)	Soustraction à une obligation judiciaire	Atteinte aux biens	Atteinte aux personnes (hors homicide)	Atteinte sexuelle	Homicide
Violence	Oui			Non		
Statut pénal	Prévenu	Prévenu puis condamné		Condamné		
Irresponsabilité	Oui	Non		En cours		
<i>Données médicales à l'incarcération</i>						
Suivi antérieur (vie entière)	Oui			Non		
Diagnostic antérieur (vie entière)	Oui			Non		
Suivi en cours à l'incarcération	Oui			Non		
Traitement en cours à l'incarcération	Oui	Non		Rupture		

Soins durant l'incarcération							
Niveau de soins en cours d'incarcération	2	3	2 et plusieurs fois 3	2 puis 3	3 puis 2		
Mode d'hospitalisation	Soins libres			Soins à la demande du représentant de l'état			
Hospitalisation en UHSA	Oui			Non			
Hospitalisation de proximité	Oui			Non			
Hospitalisation : autres (UMD, USIP)	Oui			Non			
Données médicales à la sortie							
Projet de soins à la sortie	CMP de secteur	CMP précarité	Hospitalisation de secteur	Transfert en centre de détention	SMPR	Autre	Non
Soins programmés à la sortie	Oui			Non			
Obligation de soins	Oui			Non			
Traitement à la sortie	Oui			Non			
Neuroleptique d'action prolongée	Oui			Non			
Données socio-économiques à la sortie							
Logement à la sortie	Oui			Non			
Emploi à la sortie	Oui			Non			
Entourage à la sortie	Oui			Non			
Mesure de protection à la sortie	Curatelle	Curatelle renforcée	Tutelle	Non			
Données médicales à la réincarcération							
Réincarcération	Oui			Non			
Prise en charge durant l'intervalle libre	Oui	Oui puis rupture		Non			
Type de Prise en charge durant l'intervalle libre pénitentiaire	CMP de secteur	CMP précarité	SMPR	Hospitalisation	Non		
Soins sous contrainte durant l'intervalle libre pénitentiaire	Oui			Non			
Niveau de soins à la réincarcération	1	2	3	2 et 3			

Tableau 2 : dénominations pénales des motifs d'incarcérations (colonnes indépendantes)

Nom de modalité	Infraction à la législation sur les stupéfiants	Atteinte aux personnes	Atteinte aux biens	Atteinte sexuelle	Soustraction à une obligation judiciaire	Homicide
Équivalents judiciaires	Détention en récidive de produit stupéfiants	Violences	Vol	Viol	Non-respect d'une obligation de soins	Homicide involontaire
	Vente de produits stupéfiants	Agression	Incendie volontaire	Exhibition	Non-respect de suivi socio-judiciaire	Meurtre
		Menaces	Escroquerie	Attouchements	Non-respect de travaux d'intérêt généraux	Assassinat
		Violences sur conjoint	Port d'arme		Situation irrégulière	Coups et blessures ayant entraîné la mort
		Violences en réunion	Dégradations		Non-respect sursis mise à l'épreuve	
		Violences avec arme	Impayés		Non-respect d'une obligation de quitter le territoire français	
		Tentative d'assassinat	Cambriolage			

III.2 Méthode

III.2.1 Variables

La proportion du temps d'incarcération passé en soins, et la proportion de temps de soins passés en hospitalisation, ont été extrapolées à partir des variables quantitatives. Les occurrences comprenant des données manquantes ont été retirées des analyses, et des fusions de modalités ont donc été parfois nécessaires pour obtenir des effectifs suffisant à des tests statistiques.

III.2.2 Analyses

La première problématique soulevée portait sur les caractéristiques des patients souffrant de psychose mal équilibrée en détention, et des soins qui leur étaient apportés. Afin d'analyser les données disponibles, les effectifs modaux ont été calculés.

Pour répondre à la seconde problématique, concernant les caractéristiques cliniques et judiciaires des patients concernés, différentes variables ont été croisées et différentes modalités fusionnées pour obtenir des effectifs statistiques satisfaisant (**Tableau 3**).

Tableau 3 : variables dépendantes (expliquées) et explicatives en fonction des questions pour la seconde problématique

Question	Variable(s) dépendante(s) Y	Variabes explicative(s) X
1. Quelles sont les caractéristiques des patients hospitalisés en cours d'incarcération ?	.Niveau de soins en incarcération (<i>fusion des modalités comprenant des soins de niveau 3 par opposition à la modalité soins de niveau 2 uniquement</i>) -	.Suivi en cours à l'incarcération .Traitement en cours à l'incarcération .Revenus à l'incarcération .Logement à l'incarcération .Entourage à l'incarcération .Mesure de protection à l'incarcération .Toxiques .Niveau d'étude
2. Quelles sont les caractéristiques des patients hospitalisés durant l'intervalle libre entre deux incarcérations ?	.Type de prise en charge durant l'intervalle libre	.Neuroleptique d'action prolongé .Niveau de soins en incarcération .Traitement en cours à l'incarcération .Suivi en cours à l'incarcération .Revenus à la sortie .Logement à la sortie .Entourage à la sortie .Mesure de protection à la sortie .Projet de soins à la sortie .Soins programmés
3. Quelles sont les caractéristiques des patients sortant en obligation de soins ?	.Obligation de soins	.Motif d'incarcération .Toxiques .Nombre total d'incarcérations vie entière
4. Quelles sont les caractéristiques des patients irresponsabilisés ?	.Irresponsabilité	.Suivi en cours à l'incarcération .Traitement en cours à l'incarcération .Revenus à l'incarcération .Logement à l'incarcération .Entourage à l'incarcération .Mesure de protection à l'incarcération .Motif d'incarcération (<i>retrait des occurrences comprenant la modalité « homicide » car faible effectif</i>)
5. Quelles sont les caractéristiques des patients prévenus ?	.Statut pénal	.Suivi en cours à l'incarcération .Traitement en cours à l'incarcération .Revenus à l'incarcération .Logement à l'incarcération .Entourage à l'incarcération .Mesure de protection à l'incarcération

		<p><i>(regroupement des modalités « tutelle » et « curatelle » en « oui »)</i></p> <p><i>.Motif d'incarcération (regroupement des modalités « infraction à la législation sur les stupéfiants » et « atteinte aux biens, et de la modalité « atteinte sexuelle » et « atteinte aux personnes »)</i></p> <p><i>.Niveau d'étude</i></p> <p><i>.Nombre total d'incarcérations</i></p>
--	--	--

Concernant la troisième problématique, qui s'intéressait aux interactions du parcours judiciaire et sanitaire, différentes variables qualitatives et quantitatives ont été croisées. Lorsque les variables dépendantes (à expliquer) étaient quantitatives, un test de Spearman a été réalisé afin d'évaluer une éventuelle corrélation entre elles afin de ne pas multiplier les tests, avec les mêmes nécessités occasionnelles de fusion de modalité que pour la deuxième problématique.

Pour les questions 2 et 3, des analyses multivariées ont été réalisées (analyse des correspondances multiples ACM lorsque seules des variables qualitatives étaient concernées, sinon analyse factorielle de données multiples AFDM en cas de variables qualitatives et quantitatives).

La significativité a été appréciée par une double approche :

- La réalisation d'intervalles de confiance sous forme d'ellipses au sein des analyses multivariées, dont l'interprétation est fondée sur le chevauchement graphique des ellipses de confiance ;
- La réalisation de tests statistiques d'inférence au seuil de 5%, selon la nature de la variable dépendante :
 - Variable quantitative : Analyse de la déviance (ANOVA) sur un modèle linéaire généralisé (GLM) dont la famille dépendant de la variable (Binomiale pour les variables binaires, Poisson pour les variables de dénombrement...);
 - Variables qualitative : Analyse de la déviance (ANOVA) basée sur des régressions logistiques (RL) binomiales ou régression logistique multinomiale unique.

Le détail des variables employées et des analyses menées sont détaillées pour chaque question au

Tableau 4.

Les analyses statistiques ont été réalisées via le logiciel R (v3.4.3 dont RStudio v1.2.1335).

Tableau 4 : variables dépendantes et explicatives, et type d'analyses réalisées en fonction des questions pour la troisième problématique

Question	Variable(s) dépendante(s) Y	Variabes explicative(s) X	Type d'analyses réalisées
1. Existe-t-il un lien entre les paramètres socio-économiques à l'incarcération et la fréquence de réincarcération ?	.Nombre total d'incarcérations vie entière .Nombre d'incarcérations sur la période d'étude	.Revenus à l'incarcération .Logement à l'incarcération .Entourage à l'incarcération .Mesure de protection à l'incarcération .Toxiques .Niveau d'étude	Analyse factorielle de données multiples ANOVA sur un GLM de Poisson
2. Existe-t-il un lien entre les paramètres socio-économiques à l'incarcération et la proportion du temps d'incarcération passée en soins de niveau 2 et 3 ?	.Proportion du temps d'incarcération passé en soins .Proportion du temps de soin passé en hospitalisation	.Revenus à l'incarcération .Logement à l'incarcération .Entourage à l'incarcération .Mesure de protection à l'incarcération .Toxiques .Niveau d'étude	Analyse factorielle de données multiples ANOVA sur un GLM binomiale
3. Existe-t-il un lien entre la présence de soins spécifiques dans la période précédant l'incarcération et la proportion du temps d'incarcération passée en soins ?	.Proportion du temps d'incarcération passé en soins .Proportion du temps de soin passé en hospitalisation	.Traitement à l'incarcération .Suivi à l'incarcération	Analyse factorielle de données multiples ANOVA basée sur un GLM binomiale
4. Existe-t-il un lien entre l'existence d'un suivi et d'un diagnostic antérieur à l'incarcération et le niveau de soins durant l'incarcération ?	.Niveau de soins en incarcération (<i>fusion des modalités « 3 » et « 3 puis 2 »</i>) .Proportion du temps de soin passé en hospitalisation	.Suivi antérieur .Diagnostic antérieur	Analyse factorielle de données multiples ANOVA basée sur un GLM binomiale Type cloglog
5. Existe-t-il un lien entre un antécédent de prise en charge spécifique et la fréquence	.Nombre total d'incarcérations vie entière .Nombre d'incarcérations sur	.Suivi antérieur .Diagnostic antérieur	Analyse factorielle de données multiples ANOVA sur un GLM

d'incarcération ?	la période d'étude		Poisson
6. Quelles sont les caractéristiques des patients réincarcérés ?	.Réincarcération	.Niveau de soins en incarcération (<i>fusion de toutes les modalités comprenant un niveau de soins 3 en une seule modalité « 2 et 3 »</i>) .Revenus à la sortie .Logement à la sortie .Entourage à la sortie .Mesure de protection à la sortie (<i>fusion des modalités « curatelle » et « tutelle » en « oui »</i>) .Projet de soins à la sortie (<i>fusion des modalités « non » « CMP précarité » et « transfert CD » sous « autres »</i>) .Soins programmés .Prise en charge intervalle libre .Type de prise en charge intervalle libre	Analyse des correspondances multiples ANOVA basée sur une RL binomiale
7. Le type de soins à la sortie influence-t-il la probabilité de réincarcération ?	.Réincarcération	.Projet de soins à la sortie .Soins programmés .Prise en charge intervalle libre .Type de prise en charge intervalle libre	Analyse des correspondances multiples ANOVA basée sur une RL binomiale
8. Y a-t-il un lien entre la prise en charge du trouble psychotique et le motif d'incarcération ?	.Motif d'incarcération (<i>regroupement des modalités « infraction à la législation sur les stupéfiants » et « atteinte aux biens, et de la modalité « atteinte sexuelle » et « atteinte aux personnes »</i>) .Violence	.Suivi antérieur .Diagnostic antérieur .Suivi en cours à l'incarcération .Traitement en cours à l'incarcération	Analyse des correspondances multiples ANOVA basée sur une RL binomiale (Violence) et RL multinomiale seule (Motif d'incarcération)

IV. Résultats

IV.1 : 1^{ère} problématique : Psychose en détention : Qui sont ces patients

et de quels soins bénéficient-ils ?

Le recrutement pour l'étude a concerné 91 des 129 patients pris en charge en USN2 ou 3 de 2012 à 2017. Les 38 restants ne remplissaient pas les critères de recrutement sur le plan du diagnostic (17 troubles thymiques, 10 troubles de personnalité, et 11 autres diagnostics). Les 91 patients retenus représentaient 119 occurrences de prise en charge en incluant les réincarcérations. La variable du traitement à la sortie n'a pas été utilisée dans les tests statistiques, dans la mesure où 100% des patients se voyaient prescrire un traitement psychotrope à la libération ou lors de leur transfert en centre de détention.

IV.1.1 Données socio-économiques à l'incarcération

Environ la moitié des patients ne bénéficiaient pas d'un entourage (48,7%) ni d'un logement stable (47,9% ; **Figure 1.1.1**) à l'incarcération, et dans la plupart des cas, ceux n'ayant pas d'entourage n'avaient pas non plus de logement (36% ; **Figure 1.1.2**). Environ un tiers (30,3%) ne touchaient pas de revenus réguliers, et un autre tiers étaient titulaires de l'allocation adulte handicapé (34,5% ; **Figure 1.1.1**). Plus des trois quarts de l'échantillon (76,5%) ne bénéficiaient pas d'une mesure de protection (**Figure 1.1.1**), ce qui ne semblait pas influencer la présence d'un logement (**Figure 1.1.3**). Enfin, plus de la moitié (52,7%) avaient un niveau d'étude inférieur ou égal au brevet des collèges (**Figure 1.1.1**).

Pour résumer, sur le plan socio-économique, les patients de l'échantillon étaient caractérisés par une absence d'entourage et de logement stable, des revenus bas, irréguliers ou précaires, ne bénéficiaient pas de mesures de protection et avaient un bas niveau d'études.

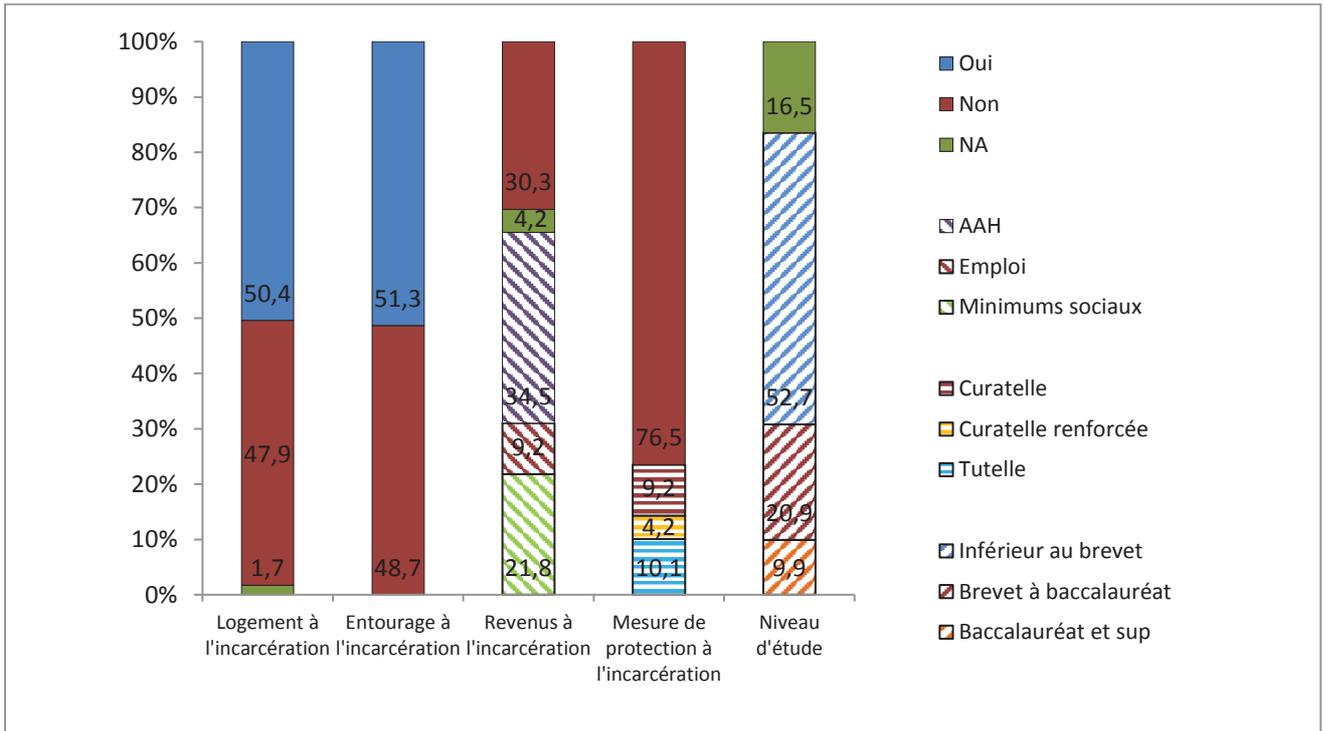


Figure 1.1.1 : Effectifs modaux des paramètres socio-économiques à l'entrée en incarcération

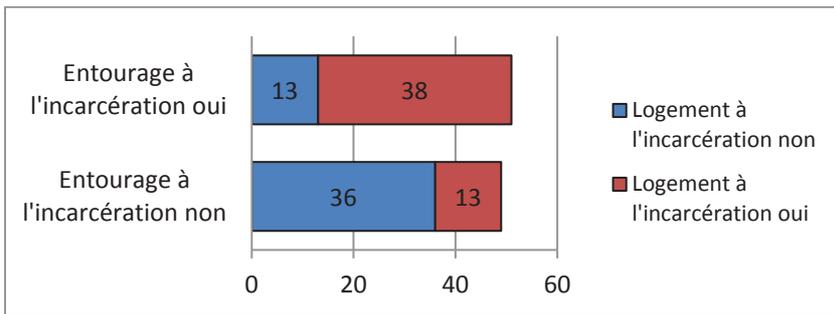


Figure 1.1.2 : Croisement des effectifs modaux concernant la présence d'un entourage et d'un logement à l'incarcération

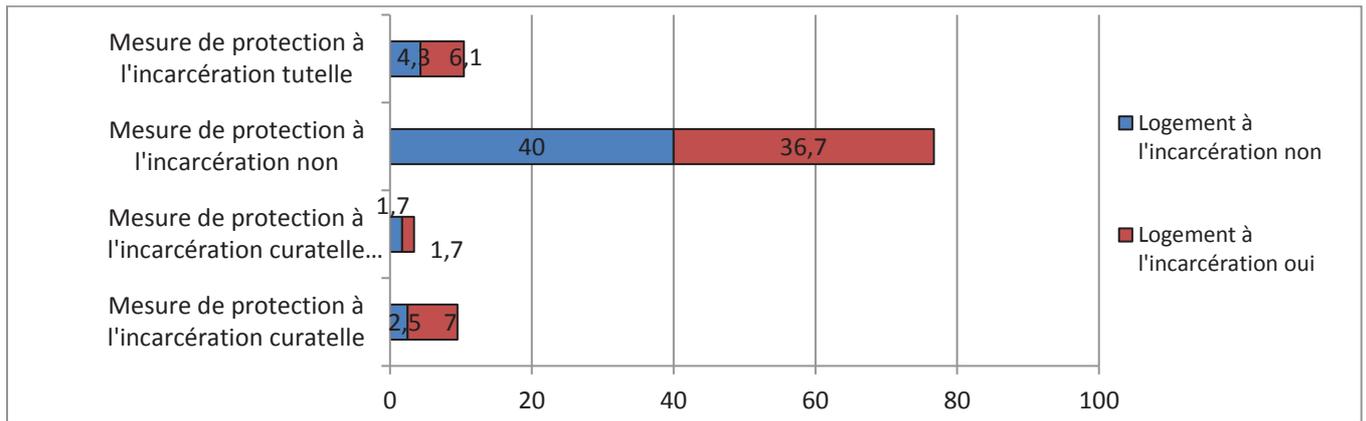


Figure 1.1.3 Croisement des effectifs modaux concernant l'existence d'une mesure de protection et d'un logement à l'incarcération

IV.1.2 Données médicales

La grande majorité des patients (81,3%) avaient déjà bénéficié d'un suivi au cours de leur vie et bien plus de la moitié avaient déjà reçu un diagnostic de trouble psychotique (69,2%). Environ la moitié (46,2%) des patients bénéficiait d'un suivi au moment de leur incarcération, mais seul un tiers (31,9%) d'entre eux prenaient un traitement. Un tiers était en rupture thérapeutique (34,5%). Plus de 70% des patients consommaient des toxiques à la période de leur incarcération (71,4%) (**Figure 1.2.1**).

Pour résumer, sur le plan médical, les patients de l'échantillon étaient majoritairement déjà suivis en psychiatrie et avaient reçu un diagnostic de trouble psychotique, mais ne recevaient en majorité pas de traitement. Ils étaient également consommateurs de toxiques.

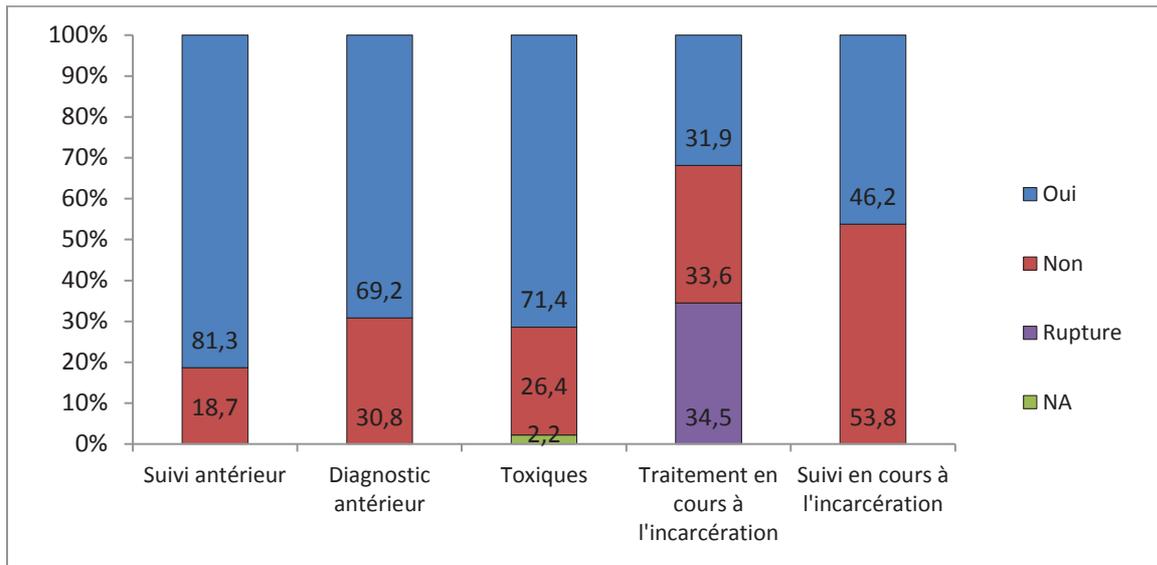


Figure 1.2.1 Effectifs modaux des données médicales à l'entrée à l'incarcération

IV.1.3 Données judiciaires à l'incarcération

On note deux modalités prédominantes concernant le motif d'incarcération : les atteintes aux personnes (30,3%) et les atteintes aux biens (34,5%). Les infractions à la législation sur les stupéfiants ne représentaient que 5,9% des motifs d'incarcération. Un peu moins de 50% des patients ont présenté un comportement hétéro-agressif lors de l'infraction à l'origine de l'incarcération (47,1%), répartis de façon globalement équilibrée entre les groupes bénéficiant et ne bénéficiant pas d'un suivi (**Figure 1.3.2**), et entre ceux prenant et ne prenant pas de traitement (**Figure 1.3.3**). Environ 70% des patients étaient condamnés au moment de leur incarcération (72,3%), et moins de 10% ont été irresponsabilisés (9,2%).

Pour résumer, les patients étaient majoritairement incarcérés pour des atteintes aux biens et aux personnes, et la moitié d'entre eux ont présenté des comportements hétéro-agressifs. Peu d'entre eux ont été irresponsabilisés (**Figure 1.3.1**).

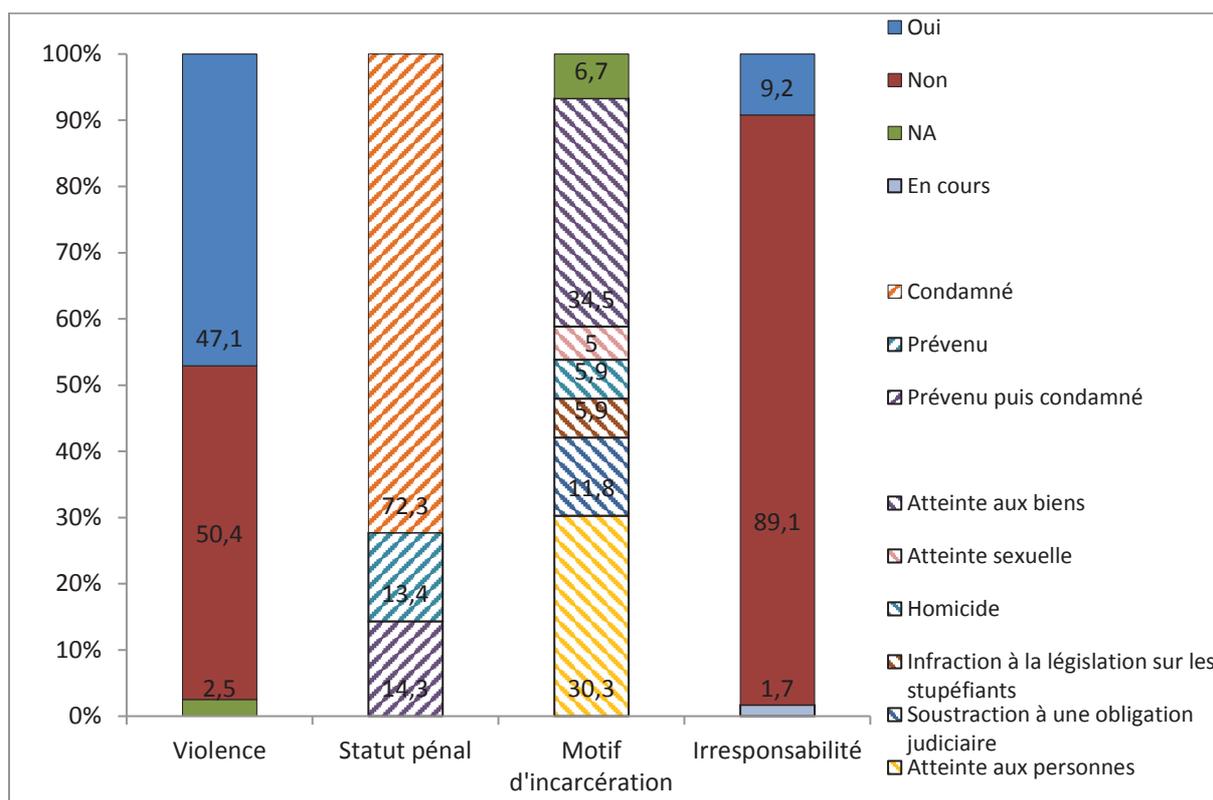


Figure 1.3.1 Effectifs modaux des données judiciaires à l'incarcération

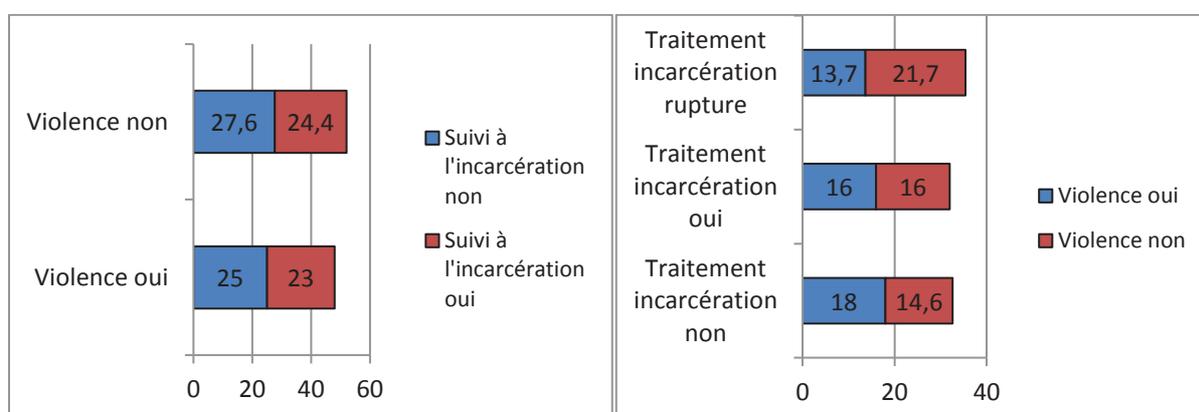


Figure 1.3.2 Croisement des effectifs modaux de la présence de violence et de suivi à l'incarcération ; et 1.3.3 Croisement des effectifs modaux de la présence d'un traitement à l'incarcération et de la présence de violence

IV.1.4 : Soins en incarcération

La majorité des patients a bénéficié de soins de niveau 2 (hébergement thérapeutique), seuls 8,4% ont uniquement bénéficié d'une hospitalisation à temps complet dans un établissement psychiatrique (sans passer par l'hébergement thérapeutique). 42% d'entre eux n'ont pas nécessité

d'hospitalisation à temps complet (hébergement thérapeutique uniquement). Les patients ayant nécessité une hospitalisation avaient pour la majorité (81,2%) été pris en charge à une période à l'UHSA de Nancy, et un peu plus d'un tiers d'entre eux (37,7%) sont passés par un hôpital de proximité (**Figure 1.4.1**).

En résumé, la majorité des patients avaient à la fois bénéficié de suivi de niveaux 2 et 3. Les hospitalisations se faisaient essentiellement avec un recours à l'UHSA.

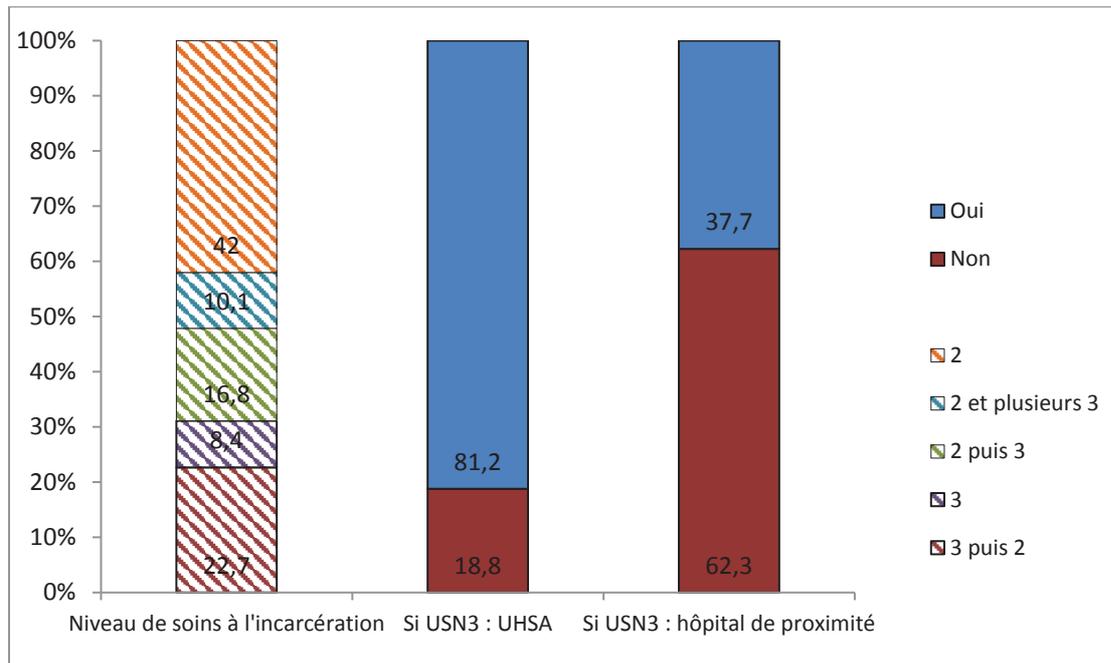


Figure 1.4.1 Effectifs modaux des données de soins en incarcération

IV.1.5 : Soins à la sortie

La moitié des orientations à la sortie de détention étaient réalisées vers le secteur psychiatrique de référence du patient, soit en CMP (28,6%), soit en hospitalisation complète (21%). Trois quarts des soins (73,9%) étaient programmés lors de la libération ou du transfert. La grande majorité des patients n'étaient pas sous le coup d'une obligation de soins (84,9%). Les patients recevaient tous un traitement lorsqu'ils ont quitté la maison d'arrêt, et un peu plus de la moitié (54,6%) bénéficiaient d'un neuroleptique d'action prolongée (**Figure 1.5.1**).

En résumé, la sortie d’incarcération était l’occasion d’une orientation vers le secteur, qui s’inscrivait dans la continuité requise par la politique de secteur psychiatrique (organisation préalable des soins et recours si nécessaire, à un traitement retard).

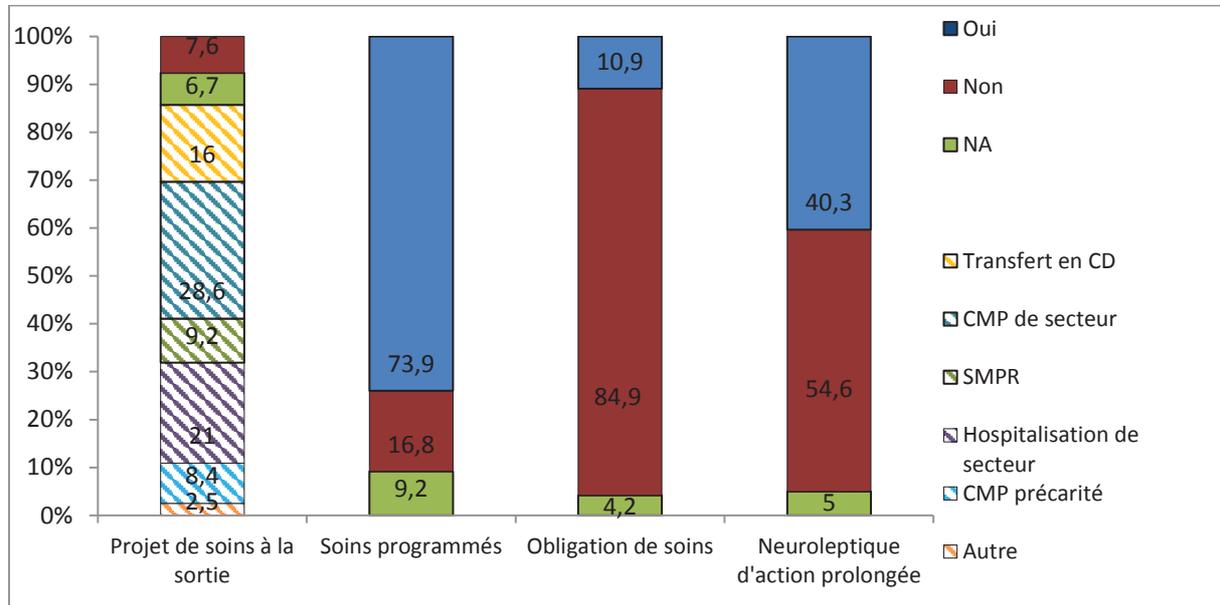


Figure 1.5.1 Effectifs modaux des données de soins à la sortie d’incarcération

IV.1.6 : Données socio-économiques à la sortie

Les données manquantes étaient plus nombreuses à la sortie qu’à l’entrée, représentant 6,7 à 24,4% selon les variables. Environ un tiers des patients n’avaient ni logement (35,3%) ni entourage stable (34,5%), ni revenus à la sortie de détention (31,9% ; **Figure 1.6.1**), sans changement de leur situation durant l’incarcération pour la plupart (**Figures 1.6.2, 1.6.3 et 1.6.4**). La majorité d’entre eux (68,6%) ne bénéficiaient pas non plus d’une mesure de protection et peu de mesures avaient été mises en place durant l’incarcération (**Figure 1.6.5**).

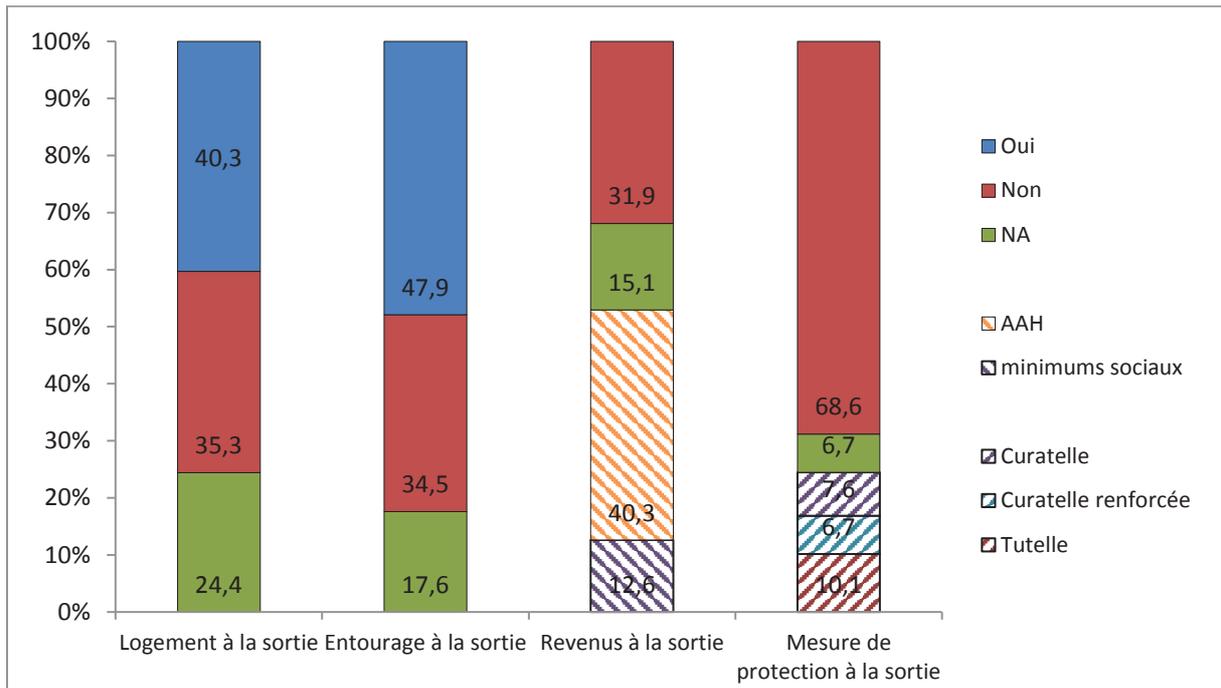


Figure 1.6.1 Effectifs modaux des données socio-économiques à la sortie

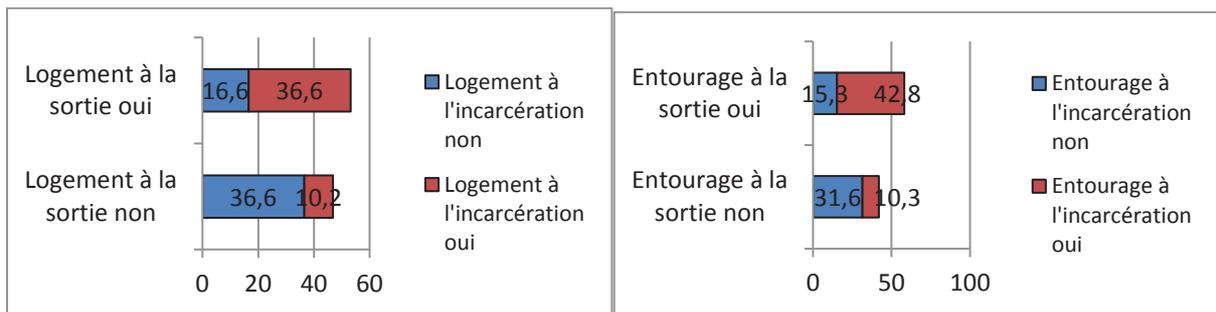


Figure 1.6.2 Croisement des effectifs modaux de la présence de logement à l’incarcération et à la sortie ; et 1.6.3 Croisement des effectifs modaux de la présence d’un entourage à l’incarcération et à la sortie

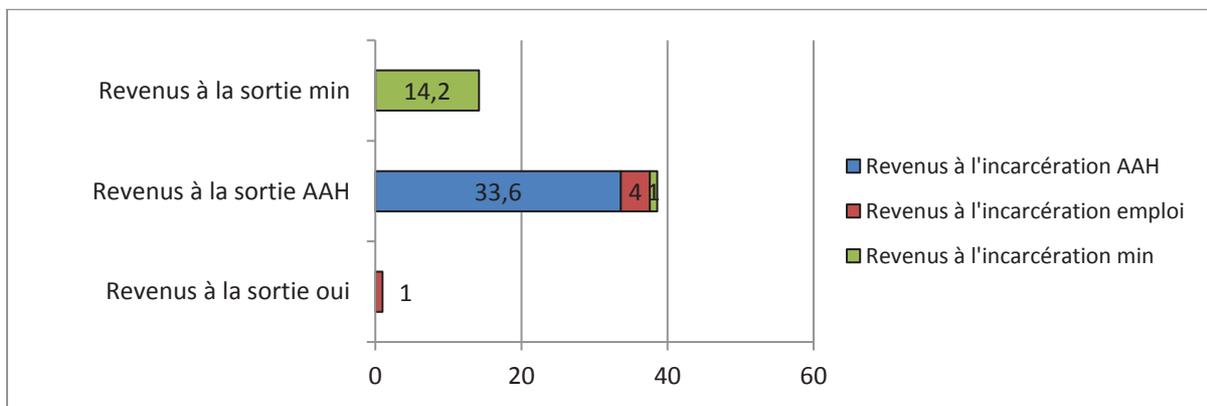


Figure 1.6.4 Croisement des effectifs modaux des revenus à l’incarcération et à la sortie

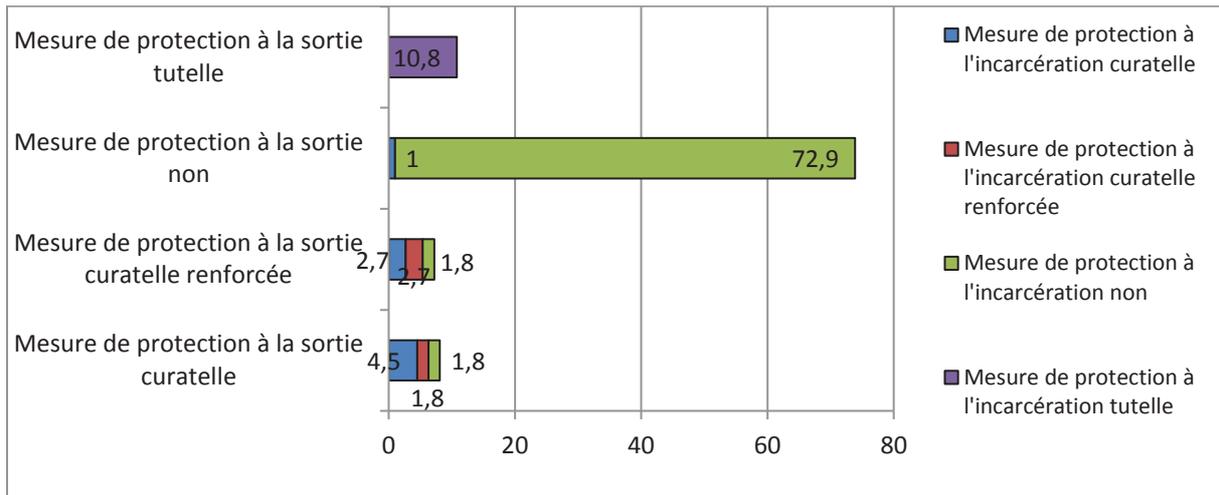


Figure 1.6.5 Croisement des effectifs modaux de la présence d'une mesure de protection à l'incarcération et à la sortie

IV.1.7 : Soins en cas de réincarcération

Les patients connaissaient entre 1 et 5 incarcérations sur la durée de l'étude, avec une moyenne de 1,53 incarcérations, et une médiane à 1 incarcération. Seuls 4 patients sur 91 ont été incarcérés 4 ou 5 fois. Au total, un tiers des patients avaient été réincarcérés sur la durée d'étude (33,6%). Parmi ceux-ci, plus de la moitié avaient bénéficié d'un suivi effectif durant l'intervalle libre (55%). Un quart d'entre eux n'avaient pas bénéficié de soins ambulatoires (25%), et un peu moins de la moitié (47,5%) avaient été suivis sur le CMP de leur secteur. Seuls 20% ont nécessité des soins sous contrainte. Durant cette nouvelle incarcération, un quart n'ont été suivi qu'en soins de niveau 1 (25%), et un autre quart n'a bénéficié que d'une hospitalisation (25%) (**Figure 1.7.1**).

Au total, la plupart des patients n'avaient pas été réincarcérés, et ceux qui l'ont été n'ont pas obligatoirement nécessité un niveau de soins aussi important qu'à la précédente incarcération.

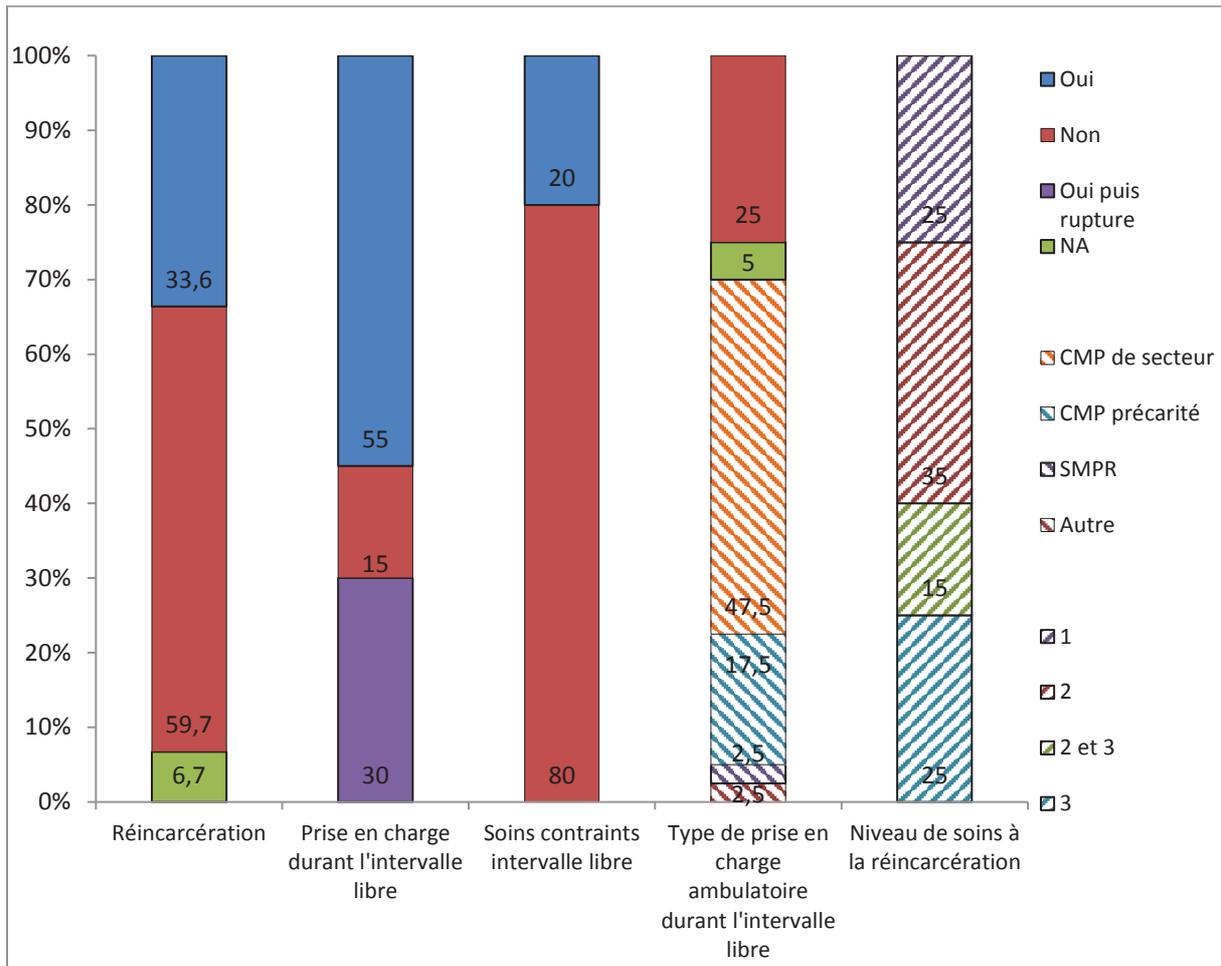


Figure 1.7.1 Effectifs modaux des données de soins lors de la réincarcération

IV.2 : 2^{ème} problématique : Quelles sont les caractéristiques cliniques et judiciaires de ces patients ?

Les principaux résultats sont synthétisés dans le tableau joint. Les résultats concernant chaque question sont ensuite détaillés.

Questions	Modèles		Résultats
	Variable(s) dépendante(s) Y	Variable(s) explicative(s) X ayant un effet significatif	Corrélation(s) positive(s) observée(s)
2.1 Quelles sont les caractéristiques des patients hospitalisés à temps complet en cours d’incarcération ?	Niveau de soins en incarcération	. Suivi à l’incarcération . Niveau d’étude	. Niveau 2 : présence de suivi ; niveau inférieur ou égal au brevet . Niveau 3 : absence de suivi ; niveau supérieur au brevet
2.2 Quelles sont les caractéristiques des patients hospitalisés durant l’intervalle libre entre deux incarcérations ?	Les effectifs insuffisants n’ont pas permis de répondre à cette question.		
2.3 Quelles sont les caractéristiques des patients sortant en obligation de soins ?	Obligation de soins	Toxiques	. Consommation de toxiques : pas d’obligation de soins . Pas de consommation : obligation de soins
2.4 Quelles sont les caractéristiques des patients irresponsabilisés ?	Irresponsabilité	Aucune variable n’a montré d’effet significatif	
2.5 Quelles sont les caractéristiques des patients prévenus ?	Statut pénal	. Traitement en cours à l’incarcération . Motif d’incarcération	. Atteinte aux personnes : prévenu . Présence d’un traitement : prévenu . Nombre plus

		. Nombre total d'incarcérations	important d'incarcérations vie entière : condamné
--	--	------------------------------------	---

IV.2.1 Quelles sont les caractéristiques des patients hospitalisés en cours d'incarcération ?

Le niveau d'étude (ddl=1 ; p=0,016) et l'existence d'un suivi antérieur à l'incarcération (ddl=2 ; p=0,025) étaient significativement corrélés au niveau de soins lors de l'incarcération (**Figure 2.1.1**). Les patients ayant été hospitalisés en cours d'incarcération ne bénéficiaient pas d'un suivi au moment de leur incarcération et avaient un niveau supérieur au brevet (OR = 0,08 ; bien que l'influence du groupe ayant un niveau supérieur au baccalauréat apparaisse incertaine notamment en raison d'un effectif faible ; **Tableau 2.1.5**). Les patients uniquement pris en charge en soins de niveau 2 avaient un niveau d'étude égal ou inférieur au brevet et bénéficiaient d'un suivi lors de l'incarcération (OR = 0,28 ; **Figures 2.1.2, 2.1.3 et 2.1.4**).

La consommation de toxiques, le logement à l'incarcération, l'entourage à l'incarcération, le revenu à l'incarcération, la mesure de protection à l'incarcération et le traitement à l'incarcération ne montraient pas d'impact significatif sur le niveau de soins (toutes les valeurs de p sont supérieures à 0,15).

Rev.inc.emploi	Revenu à l'incarcération : emploi
Rev.inc.min	Revenu à l'incarcération : minimums sociaux
Rev.inc.non	Pas de revenu à l'incarcération
Rev.inc.AAH	Revenu à l'incarcération : AAH
Mes.pro.inc.non	Pas de mesure de protection
Mes.pro.inc.cur	Mesure de protection : curatelle
Mes.pr.inc.tut	Mesure de protection : tutelle
Tox.oui	Toxiques : oui
Tox.non	Toxiques : non
Ent.inc.non	Entourage à l'incarcération : non
Ent.inc.oui	Entourage à l'incarcération : oui
Log.inc.oui	Logement à l'incarcération : oui
Log.inc.non	Logement à l'incarcération : non
Sui.inc.non	Suivi à l'incarcération : non
Sui.inc.oui	Suivi à l'incarcération : oui
Trait.inc.non	Traitement à l'incarcération : non
Trait.inc.rup	Traitement à l'incarcération : rupture
Trait.inc.oui	Traitement à l'incarcération : oui
Bac et sup	Niveau d'étude : bac et au-dessus
Sup brevet	Niveau d'étude : supérieur au brevet
brevet	Niveau d'étude : brevet et inférieur
Niv.soin.inc.2et3	Niveau de soins en incarcération : 2 et 3
Niv.soin.inc.2	Niveau de soins en incarcération : 2 uniquement

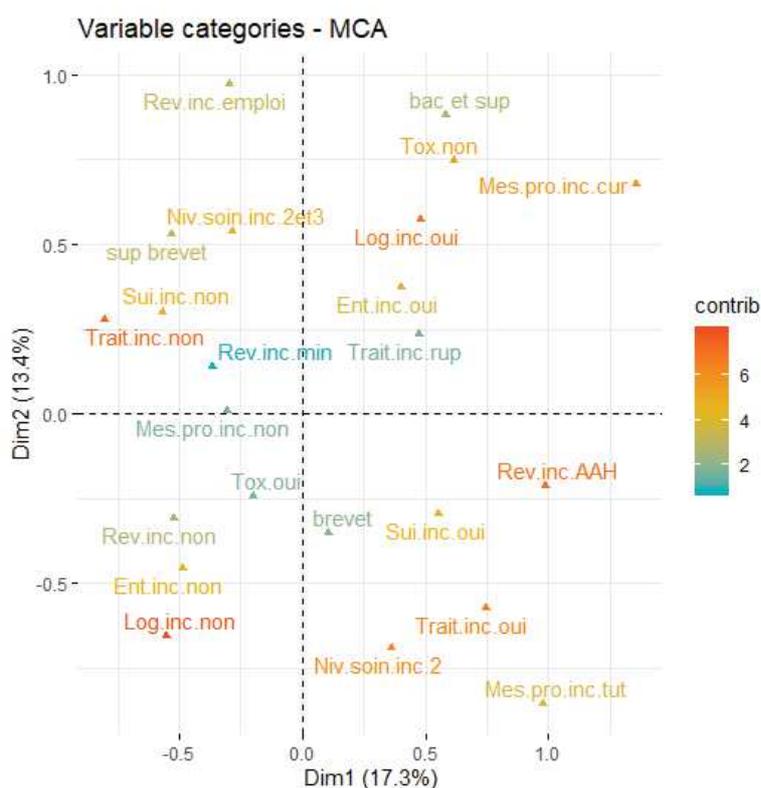
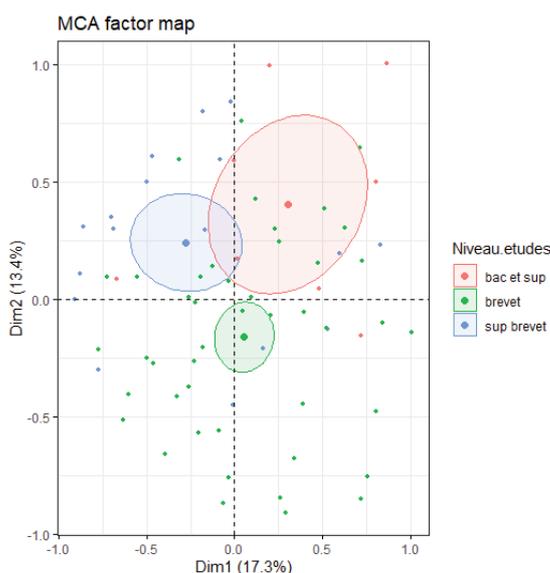
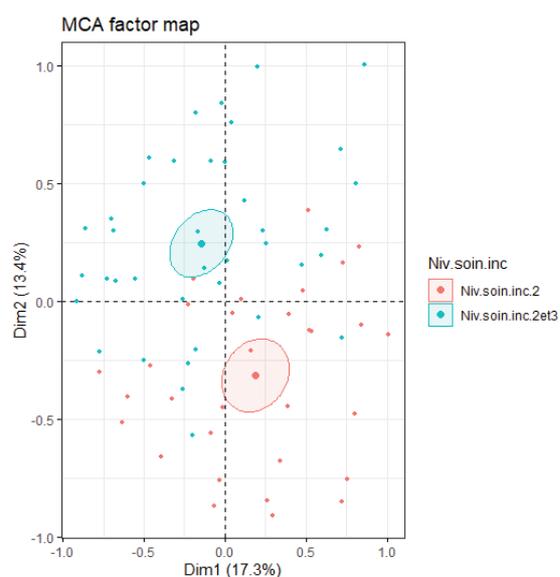


Figure 2.1.1 : Analyse multivariée des caractéristiques sociales et médicales des patients hospitalisés en cours d'incarcération



Figures 2.1.2 Représentation multivariée du niveau de soins en incarcération et 2.1.3 du niveau d'étude

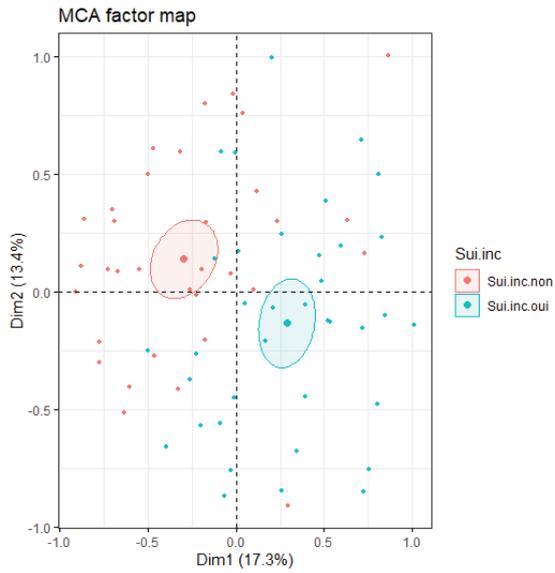


Figure 2.1.4 Représentation multivariée du suivi à l'incarcération

Tableau 2.1.5 : Statistiques de l'influence du niveau d'étude et du suivi à l'incarcération sur l'hospitalisation en cours d'incarcération

Variable		N	Odds ratio	
Niveau.etudes	bac et sup	8		Reference
	brevet	47	0.08 (0.00, 0.52)	
	sup brevet	18	0.21 (0.01, 1.86)	
Sui.inc	Sui.inc.non	36		Reference
	Sui.inc.oui	37	0.28 (0.10, 0.79)	
(Intercept)			19.92 (2.74, 420.24)	

IV.2.2 Quelles sont les caractéristiques des patients hospitalisés durant l'intervalle libre entre deux incarcérations ?

Le faible effectif de patients représentés dans ce groupe (n= 10 sans données manquantes) n'a pas permis de réaliser les analyses, en raison du biais de sélection trop important. Aucune modalité n'apparaissait déséquilibrée en termes d'effectifs.

IV.2.3 Quelles sont les caractéristiques des patients sortant en obligation de soins ?

La consommation de toxiques était significativement corrélée à l'absence d'une obligation de soins (ddl = 1 ; p=0,020 ; **Figure 2.3.1** et 2.3.2). L'absence de consommation de toxique était significativement corrélée à la présence une obligation de soins (OR = 0,18 ; **Figure 2.3.3**). Le motif d'incarcération (p=0,38) et le nombre d'incarcérations antérieures (p=0,75) n'ont pas montré d'influence significative sur cette variable.

Obligation de soins_oui	Présence d'une obligation de soins
Obligation de soins_non	Absence d'obligation de soins
Oui	Consommation de toxiques
Non	Pas de consommations de toxiques

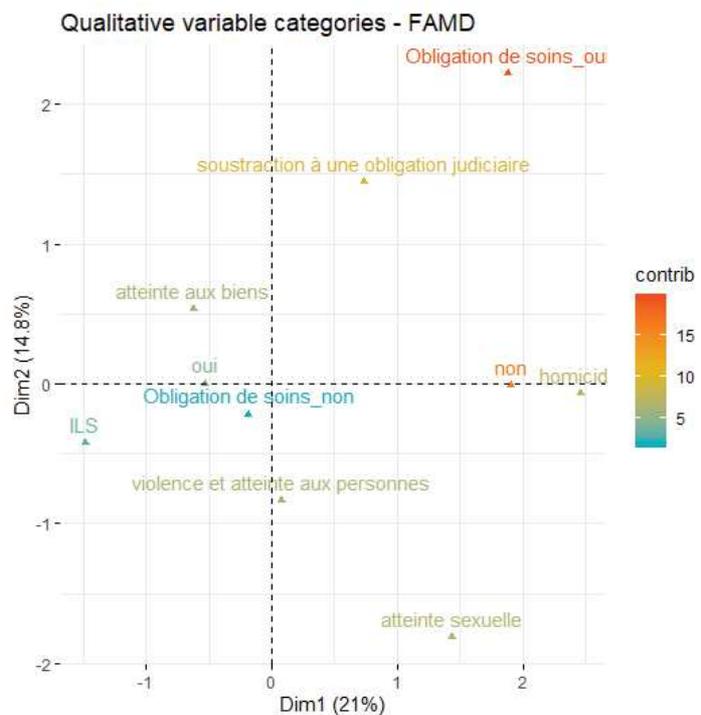
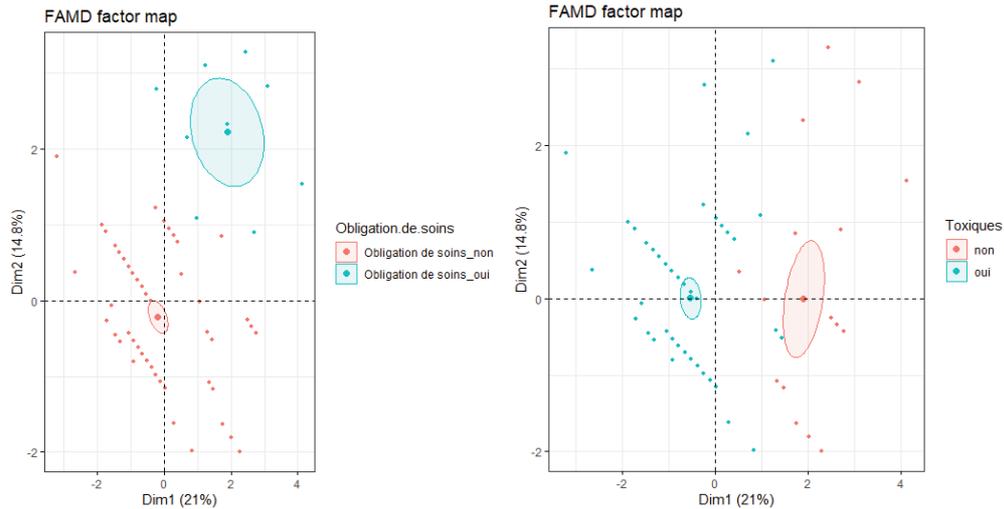


Figure 2.3.1 : Analyse multivariée des caractéristiques de patients sortant en obligations de soin



Figures 2.3.2 Représentation multivariée pour l'obligation de soin et 2.3.3 pour les toxiques

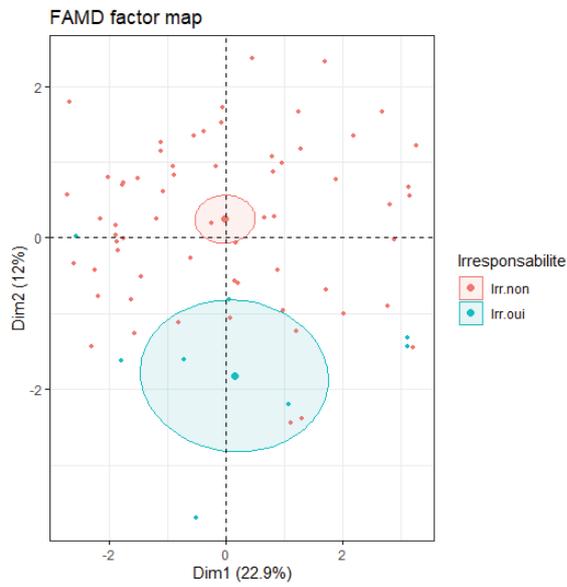
Tableau 2.3.4 Statistiques de l'effet des toxiques sur la présence d'une obligation de soins

Variable	N	Odds ratio	p
Toxiques	non 22		Reference
	oui 79	0.18 (0.04, 0.75)	0.02
(Intercept)		0.29 (0.10, 0.74)	0.02

IV.2.4 Quelles sont les caractéristiques des patients irresponsabilisés ?

Le revenu à l'incarcération, l'entourage à l'incarcération, la mesure de protection à l'incarcération, le nombre d'incarcérations antérieures, l'existence d'un suivi antérieur et à l'incarcération, l'existence d'un diagnostic antérieur, la présence d'un traitement à l'incarcération n'ont pas montré d'impact significatif sur la prononciation d'une irresponsabilité pénale (toutes les valeurs de p sont supérieures à 0,12). Le motif d'incarcération montrait une tendance à la corrélation avec la prononciation d'irresponsabilité pénale ($p=0,065$). L'existence de cette tendance est confortée par la lecture de la répartition graphique, qui tend à rapprocher le motif lié à la violence et

irresponsabilité, que la faible population de patients irresponsabilisés n'a peut-être pas permis de mettre en évidence de façon significative.



Figures 2.4.1 Représentation multivariée pour l'irresponsabilité pénale

Motif.inc.biens.ILS	Motif d'incarcération : atteinte aux biens ou infraction à la législation sur les stupéfiants
Motif.inc.ob.jud	Motif d'incarcération : non-respect d'une obligation judiciaire
Motif.inc.violence	Motif d'incarcération : atteinte aux personnes ou meurtre

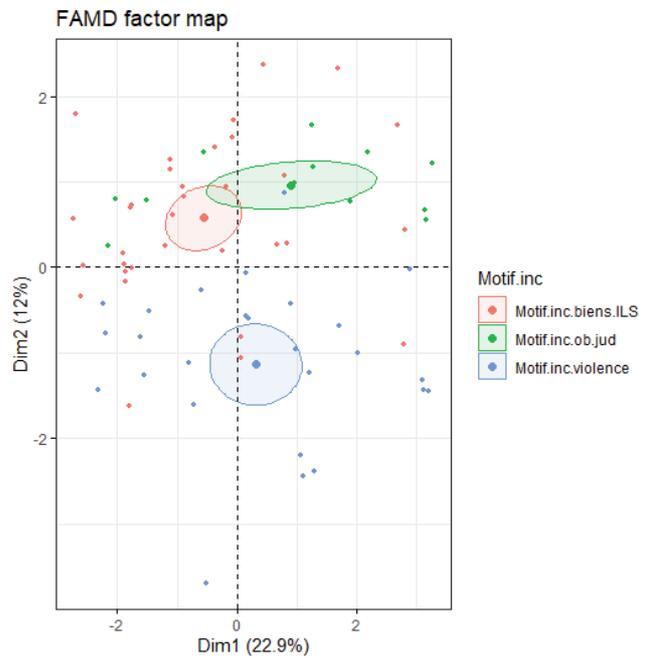


Figure 2.4.2 Représentation multivariée pour le motif d'incarcération

Tableau 2.5.2 Statistiques de l'effet du motif d'incarcération et du traitement à l'incarcération sur le statut pénal des patients

Variable	N	Odds ratio	
Inc.etude	64		0.26 (0.05, 0.80)
Motif.inc			Reference
Motif.inc.bien.ILS	29		
Motif.inc.ob.jud	9		7.05 (0.62, 86.36)
Motif.inc.violence	26		7.20 (1.79, 35.86)
Trait.inc			Reference
Trait.inc.non	27		
Trait.inc.oui	37		4.83 (1.24, 23.15)
(Intercept)			0.27 (0.03, 2.53)

0.05 0.1 0.2 0.5 1 2 5 10 20 50

IV.3 3^{ème} problématique : De quelle façon le parcours sanitaire et le parcours judiciaire interagissent-ils ?

Les principaux résultats sont synthétisés dans le tableau joint. Les résultats concernant chaque question sont ensuite détaillés.

Questions	Modèle		Résultats
	Variable(s) dépendante(s) Y	Variables explicative(s) X ayant un effet significatif	Sens de l'effet
3.1 Existe-t-il un lien entre les paramètres socio-économiques à l'incarcération et la fréquence de réincarcération ?	.Nombre total d'incarcérations vie entière .Nombre d'incarcérations sur la période d'étude	. Entourage à l'incarcération . Revenus à l'incarcération . Niveau d'étude . Toxiques	Consommation de toxiques, absence d'entourage, revenus = AAH ou minimums sociaux, niveau d'étude inférieur au bac : augmentation du nombre d'incarcérations vie entière
3.2 Existe-t-il un lien entre les paramètres socio-économiques à l'incarcération et la proportion du temps d'incarcération passée en soins de niveau 2 et 3 ?	.Proportion du temps d'incarcération passé en soins .Proportion du temps de soin passé en hospitalisation	. Entourage à l'incarcération	. Présence d'un entourage : augmentation de la proportion passée en soins . Présence d'un entourage : diminution de la proportion d'hospitalisation
3.3 Existe-t-il un lien entre la présence de soins spécifiques dans la période	.Proportion du temps d'incarcération passé en	Aucune variable n'a montré d'effet significatif	

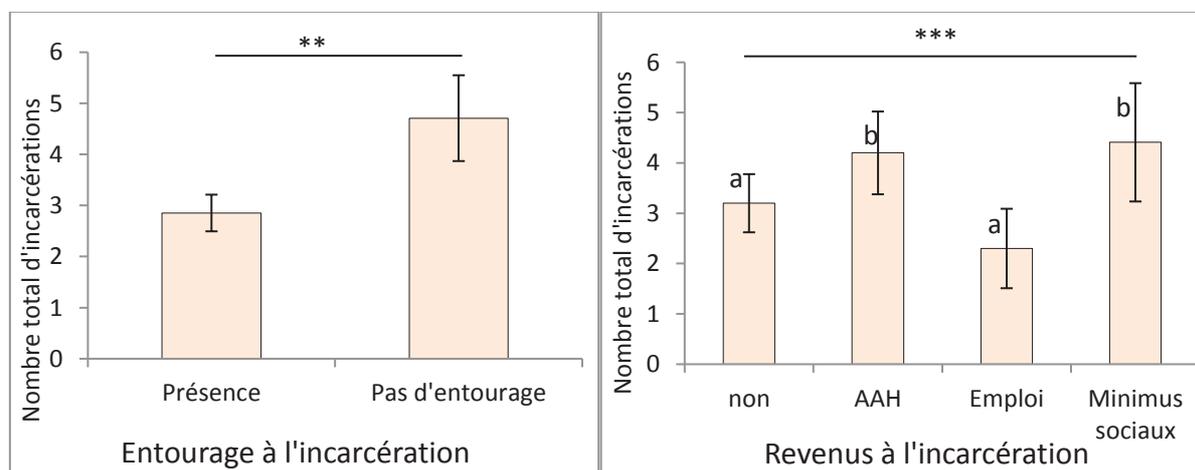
<p>précédant l'incarcération et la proportion du temps d'incarcération passée en soins ?</p>	<p>soins .Proportion du temps de soin passé en hospitalisation</p>		
<p>3.4 Existe-t-il un lien entre l'existence d'un suivi et d'un diagnostic antérieur à l'incarcération et le niveau de soins durant l'incarcération ?</p>	<p>.Niveau de soins en incarcération .Proportion du temps de soin passé en hospitalisation</p>	<p>Aucune variable n'a montré d'effet significatif</p>	
<p>3.5 Existe-t-il un lien entre un antécédent de prise en charge spécifique et la fréquence d'incarcération ?</p>	<p>.Nombre total d'incarcérations vie entière .Nombre d'incarcérations sur la période d'étude</p>	<p>Aucune variable n'a montré d'effet significatif</p>	
<p>3.6 Quelles sont les caractéristiques des patients réincarcérés ?</p>	<p>.Réincarcération</p>	<p>. Revenus à la sortie</p>	<p>Revenus à la sortie : minimums sociaux et AAH associés à la réincarcération</p>
<p>3.7 Le type de soins à la sortie influence-t-il la probabilité de réincarcération ?</p>	<p>.Réincarcération</p>	<p>Aucune variable n'a montré d'effet significatif</p>	
<p>3.8 Y a-t-il un lien entre la prise en charge du trouble psychotique et le motif d'incarcération ?</p>	<p>.Motif d'incarcération .Violence</p>	<p>Aucune variable n'a montré d'effet significatif</p>	

IV.3.1 Existe-t-il un lien entre les paramètres socio-économiques à l'incarcération et la fréquence de réincarcération ?

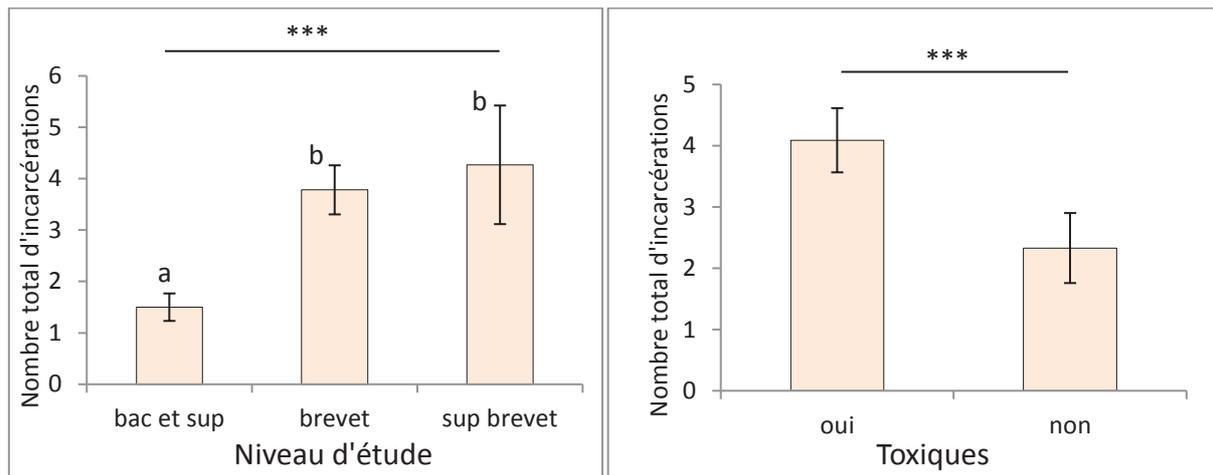
Le nombre d'incarcérations sur la période de l'étude n'était pas corrélé à l'entourage à l'incarcération, aux revenus à l'incarcération, à la mesure de protection à l'incarcération, au logement à l'incarcération, au niveau d'études, ni à la consommation de toxiques (toutes les valeurs de p sont supérieures à 0,18).

Le nombre d'incarcérations total sur la vie entière, augmentait significativement avec l'absence d'entourage à l'incarcération (ddl=1 ; $\chi^2=19,13$; $p<0,01$; **Figure 3.1.1**), un revenu correspondant à une AAH ou de minimums sociaux à l'incarcération (ddl=3 ; $\chi^2=17,84$; $p<0,01$; **Figure 3.1.2**), un niveau d'étude inférieur au bac (ddl=2 ; $\chi^2=14,86$; $p<0,01$; **Figure 3.1.3**) et à une consommation de toxiques (ddl=1 ; $\chi^2=8,36$; $p<0,01$; **Figure 3.1.4**).

L'existence d'une mesure de protection à l'incarcération et logement et l'incarcération n'avaient pas d'influence significative.



Figures 3.1.1 Influence de l'entourage à l'incarcération et **3.1.2** du revenu à l'incarcération sur le nombre total d'incarcérations



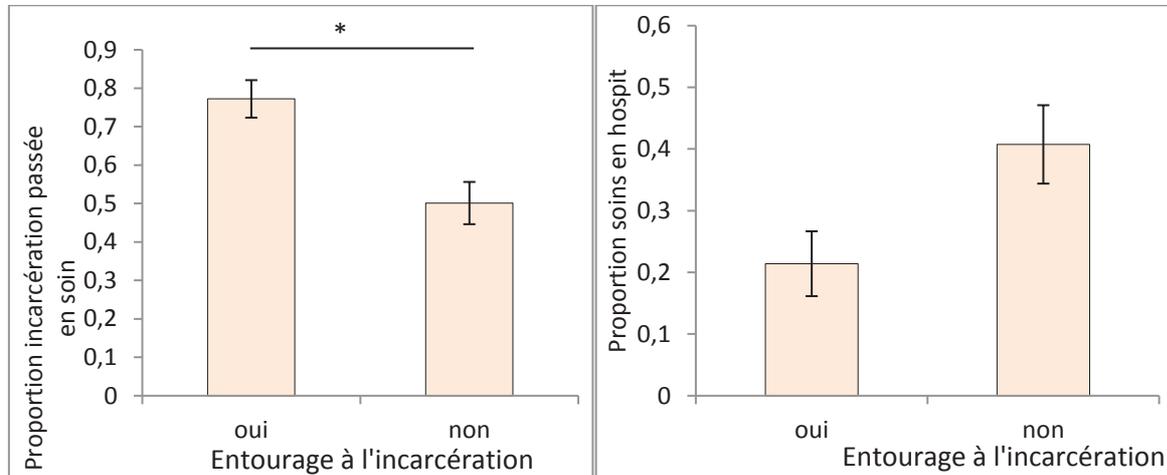
Figures 3.1.3 Influence du niveau d'étude et **3.1.4** de la consommation de toxiques sur le nombre total d'incarcérations

IV.3.2 Existe-t-il un lien entre les paramètres socio-économiques à l'incarcération et la proportion du temps d'incarcération passée en soins de niveau 2 et 3 ?

La présence d'un entourage à l'incarcération est significativement associée à une augmentation de la proportion de temps d'incarcération passé en soins, que ces soins soient de niveau 2 ou 3 (ddl=1 ; $p=0,02$; **Figure 3.2.1**).

Concernant la proportion du temps total de soins (2 et 3) passé en soins de niveau 3, aucune variable ne montrait d'impact significatif. La présence d'un entourage aurait cependant tendance à être associé à une moindre proportion de temps de soins passé en niveau 3 (ddl = 1 ; $p=0,08$; **Figure 3.2.2**). Les patients ayant un entourage passaient donc une plus grande proportion de leur temps d'incarcérations en soins, mais tendraient à passer moins longtemps en hospitalisation à temps complet.

La mesure de protection à l'incarcération, les revenus à l'incarcération, le logement à l'incarcération, les toxiques et le niveau d'étude n'ont d'impact significatif sur aucune des deux proportions (toutes les valeurs de p sont supérieures à 0,12).



Figures 3.2.1 Influence de l'entourage à l'incarcération sur le temps d'incarcération passé en soins et **3.2.2** sur le temps de soins passé en hospitalisation à temps complet

IV.3.3 Existe-t-il un lien entre la présence de soins spécifiques dans la période précédant l'incarcération et la proportion du temps d'incarcération passée en soins ?

L'existence d'un traitement en cours à l'incarcération n'a pas montré d'impact significatif sur la proportion du temps d'incarcération passé en soins ($p=0,63$). Ni l'existence d'un traitement, ni celle d'un suivi en cours à l'incarcération n'ont montré d'impact significatif sur la proportion du temps de soins passé en hospitalisation (toutes les valeurs de p sont supérieures à 0,12). Cependant, l'existence d'un suivi aurait tendance ($ddl = 1$; $p=0,092$) à être associée à une augmentation du temps d'incarcération passé en soins (**Figure 3.3.1**).

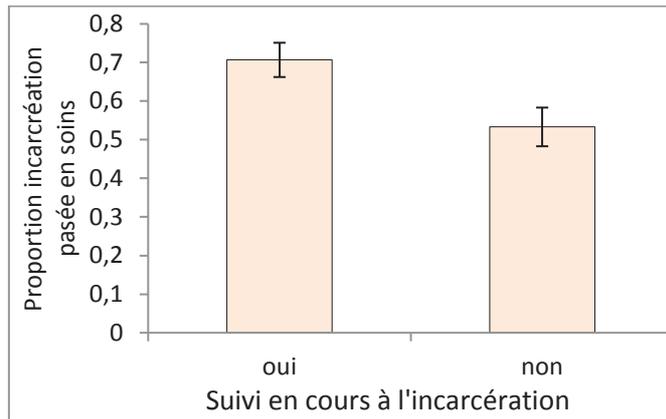


Figure 3.3.1 Influence du suivi en cours à l'incarcération sur le temps d'incarcération passé en soins

IV.3.4 Existe-t-il un lien entre l'existence d'un suivi et d'un diagnostic antérieur à l'incarcération et le niveau de soins durant l'incarcération ?

L'existence d'un suivi antérieur et d'un diagnostic antérieur n'ont pas montré d'impact significatif sur le niveau de soins durant l'incarcération (toutes les valeurs de p sont supérieures à 0,43).

IV.3.5 Existe-t-il un lien entre un antécédent de prise en charge spécifique et la fréquence d'incarcération ?

L'existence d'un suivi antérieur (ddl=1 ; p=0,48), et d'un diagnostic antérieur (ddl=1 ; p=0,59) n'a pas montré de corrélations significatives avec la fréquence d'incarcération, sur la période d'étude, ou sur la vie entière.

IV.3.6 Quelles sont les caractéristiques des patients réincarcérés ?

Les patients réincarcérés avaient significativement plus souvent des revenus à la sortie de type minimums sociaux et AAH, par opposition à une absence de revenus (ddl=2 ; p=0,049 ; **Figure 3.6.1, 3.6.2 et 3.6.3**). Ils auraient également tendance à ne pas avoir d'entourage à la sortie (ddl=1 ; p=0,079 ; **Figure 3.6.4**). Le niveau de soins en incarcération, le projet de soins à la sortie, les soins programmés à la sortie, l'existence d'une obligation de soins, un NAP à la sortie, le logement à la

sortie et une mesure de protection à la sortie ne semblaient pas caractériser spécifiquement la population réincarcérée (toutes les autres valeurs de p sont supérieures à 0,14).

Ob.soins.oui	Obligation de soins
Ob.soins.non	Pas d'obligation de soins
Log.sor.oui	Logement à la sortie
Log.sor.non	Pas de logement à la sortie
NAP sortie_oui	NAP à la sortie
NAP sortie_non	Pas de NAP à la sortie
Rev.sor.min	Revenus à la sortie : minimums sociaux
Rev.sor.non	Revenus à la sortie : non
Rev.sor.AAH	Revenus à la sortie : AAH
Soins.prog.oui	Soins programmés à la sortie
Soins.prog.non	Pas de soins programmés à la sortie
Mes.pro.sor.oui	Mesure de protection à la sortie
Mes.pro.sor.non	Pas de mesure de protection à la sortie
Projet soins sortie_non	Pas de projet de soin à la sortie
Projet soins sortie_hospitalisation secteur	Hospitalisation de secteur à la sortie
Projet soins sortie_suivi CMP	Suivi CMP à la sortie
Projet soins sortie_SMPR	Suivi par le SMPR à la sortie
Projet soins sortie_autre	Autre projet de soins à la sortie

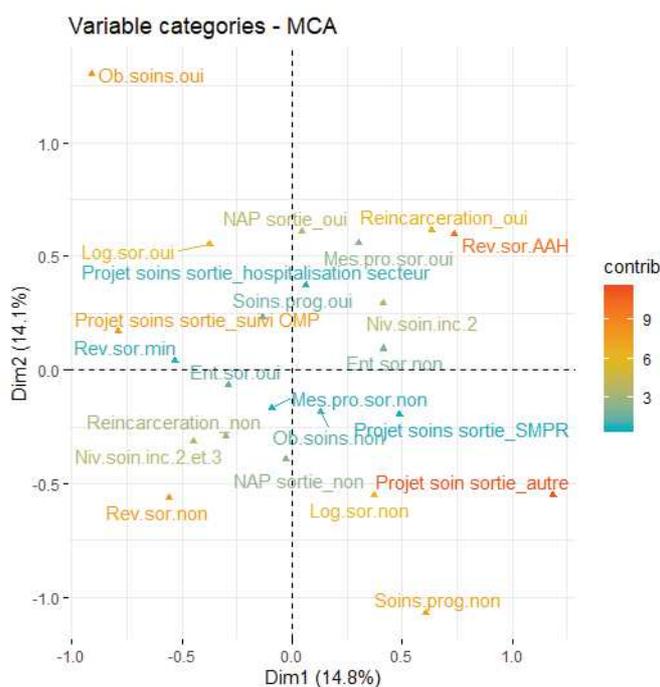
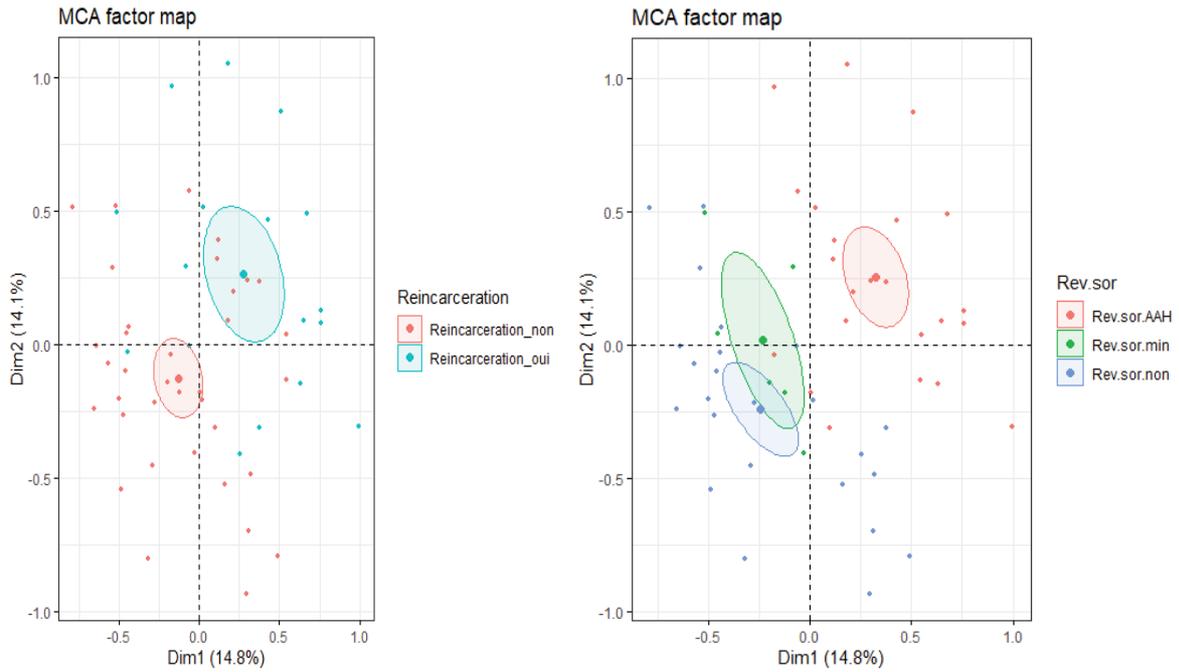


Figure 3.6.1 Analyse multivariée des caractéristiques des patients réincarcérés



Figures 3.6.2 Représentation multivariée pour la réincarcération et 3.6.3 pour les revenus à la sortie

Tableau 3.6.4 Statistiques de l'effet des revenus et de l'entourage à la sortie sur la réincarcération

Variable	N	Odds ratio	
Rev.sor			
Rev.sor.AAH	24		Reference
Rev.sor.min	6	0.37 (0.04, 2.47)	
Rev.sor.non	26	0.19 (0.04, 0.73)	
Ent.sor			
Ent.sor.non	23		Reference
Ent.sor.oui	33	0.31 (0.08, 1.07)	
(Intercept)		1.89 (0.66, 6.02)	

IV.3.7 Le type de soins à la sortie influence-t-il la probabilité de réincarcération ?

Le type de soins à la sortie, que ce soit le projet de soins (p=0,29) ou le fait qu'il soit programmé (p=0,80) n'influencent pas la probabilité de réincarcération.

IV.3.8 Y a-t-il un lien entre la prise en charge du trouble psychotique et le motif d'incarcération ?

Aucune des variables considérées : suivi antérieur, diagnostic antérieur, suivi en cours à l'incarcération, traitement en cours à l'incarcération n'est significativement liée à un motif d'incarcération, ni à un comportement hétéro-agressif au moment des faits (toutes les valeurs de p sont supérieures à 0,23).

V. Discussion

Ce travail de thèse est fondé sur le relevé de données de patients souffrant de troubles psychotiques, pris en charge en soins de niveau 2 et / ou 3 au SMPR de la maison d'arrêt de Strasbourg, entre janvier 2012 et décembre 2017. Il s'est intéressé aux caractéristiques de ces patients, ainsi qu'aux interactions possibles entre leurs parcours de soins et leurs trajectoires judiciaires. Ce travail met en lumière plusieurs points concernant les patients psychotiques en détention. Tout d'abord, certains de ces patients n'étaient pas suivis, voire pas connus du système de soins, avant leur incarcération. Tous ces patients ne poursuivaient pas de soins à leur sortie de détention. Ce facteur (présence et type de soins) n'était pas corrélé de façon linéaire aux paramètres de la trajectoire judiciaire. Cependant, des interactions plurifactorielles entre paramètres médicaux, judiciaires et sociaux semblent émerger. De plus, l'une des caractéristiques répandues parmi la population de cette étude était la précarité sociale et économique, qui ne s'améliorait généralement pas avec la période d'incarcération. Ces corrélations ont pu être mises en lumière notamment grâce au grand nombre de sujets pris en compte, et à la durée sur laquelle les données ont été recueillies (cinq ans), ce qui a permis d'observer des parcours incluant des réincarcérations sur la période couverte par l'étude. Ce travail apporte un point de vue complémentaire aux données disponibles dans la littérature internationale, en proposant plusieurs points de vue concomitants sur les trajectoires de ces patients psychotiques en détention, et en s'intéressant à un sujet jusque-là peu traité : l'impact réciproque des systèmes judiciaires et de santé dans l'évolution de ces patients.

V.1 Caractéristiques de l'étude

V.1.1 Limites quantitatives

Les variables cliniques, judiciaires et biographiques utilisées dans l'étude ont été extraites du dossier médical informatisé des patients concernés. Ces variables ont notamment été sélectionnées pour être les plus objectives possibles et limiter au maximum l'effet d'interprétation inhérente au caractère rétrospectif de ce type d'étude. Un nombre certain de données sont cependant manquantes. Celles-ci ne devraient toutefois pas remettre en cause l'intérêt et la validité de l'étude dans la mesure où leur ampleur demeure limitée : si l'on excepte les données nécessairement parcellaires qui concernent uniquement les patients réincarcérés, on retrouve 143 données manquantes sur 3213, soit 4,45% de données manquantes, avec une moyenne de 5 données manquantes par variable sur les 119 données par variables. Seule une question n'a pu être traitée du fait de cette absence de données, et les autres ont pu être couvertes avec des effectifs satisfaisants, moyennant parfois une fusion de modalités, listées dans le chapitre « Protocole et méthode » (tableaux 3 et 4). Les données manquantes concernent pour l'essentiel les paramètres liés à la sortie. Il est envisageable que pour les professionnels amenés à initier un suivi en incarcération, les données antérieures aient représenté un enjeu de traçabilité supérieur à celui des données concernant la libération. De plus, certains patients étant « sortis » de maison d'arrêt à l'occasion d'un transfert dans un autre établissement pénitentiaire, il est logique qu'une quantité supérieure de données soient manquantes concernant la libération en tant que telle, puisque celle-ci s'est effectuée ailleurs qu'à la Maison d'Arrêt de Strasbourg.

A contrario des données manquantes, il est possible que certaines modalités aient été surreprésentées. En effet, certaines données susceptibles d'évoluer avec le temps étaient relevées plusieurs fois pour un même patient, à l'occasion de chaque réincarcération sur la durée de l'étude. Pour éviter cette redondance lors des analyses, ces variables (comme le niveau d'étude) n'ont été

prises en compte qu'une seule fois, cela d'autant plus qu'il est logique de considérer que certaines variables ont de fortes chances de demeurer identiques d'une incarcération à l'autre, comme la consommation de toxiques ou le niveau d'étude. Si l'on considère qu'un profil spécifique de patients est plus fréquemment réincarcéré, certaines modalités peuvent alors prendre un poids excessif. Toutefois, l'intérêt de l'étude étant de chercher des liens entre parcours judiciaires et médicaux, il aurait été dommageable de ne pas prendre ces données en compte et de ne pas conserver la possibilité d'observer une évolution, potentiellement liée à un changement de situation du sujet. La disponibilité des données est donc diverse selon les variables considérées, reflétant l'intérêt que celles-ci présentaient pour les soignants renseignant le dossier médical. L'étude n'a cependant probablement pas subi d'impact négatif significatif de ces variations et les résultats peuvent alors être considérés comme fiables.

V.1.2 Limites qualitatives

Il est impossible de s'assurer de l'exactitude absolue des données relevées, notamment pour les éléments biographiques ; et ce d'autant plus que certains antécédents, relevant par exemple de soins ou d'incarcérations antérieures dans d'autres secteurs géographiques, n'étaient accessibles que de façon déclarative. De la même façon, il est probable que les données liées au devenir du patient après la sortie, et à la réincarcération, sont parcellaires : elles n'ont pu en effet être relevées que pour les patients demeurés dans le département du Bas-Rhin. Cela constitue probablement un biais dans la mesure où ce mode de relevé mène à perdre de vue un profil particulier de patients, dont la symptomatologie et la précarité sociale favorisent l'errance géographique bien au-delà du département, et donc potentiellement des patients au profil plus péjoratif notamment sur le plan socio-économique ainsi que des facteurs externes de stabilité. Cela a également pu amener à sous-estimer le taux de réincarcération en regard du périmètre national. Les données correspondant aux caractéristiques en cours d'incarcération peuvent cependant être considérées comme fiables, car

découlant des observations croisées de plusieurs intervenants, parfois soutenues par des éléments fournis par le service de probation et d'insertion pénitentiaire.

Cette étude a été réalisée au sein d'une maison d'arrêt. Cela pourrait sembler constituer un biais dans la mesure où il s'agit d'un type spécifique d'établissement pénitentiaire. Cependant, tous les détenus passent obligatoirement par une maison d'arrêt au sein de laquelle une évaluation initiale est réalisée, avant une éventuelle orientation ultérieure vers un établissement pour peine. De ce fait, réaliser cette étude au sein d'un tel établissement permet d'éviter un biais de sélection lié à la gravité des faits ou à un certain quantum de peine.

En revanche, il est possible que le fonctionnement du SMPR de la maison d'arrêt de Strasbourg présente certaines spécificités régionales. Ces spécificités pourraient concerner le recrutement des patients admis à l'hébergement, l'articulation avec l'UHSA et les hôpitaux généraux, ou encore l'organisation des relais de soins vers le milieu libre. L'impact de ces spécificités ne semble pas de nature à invalider les résultats de cette étude, dans la mesure où la clinique psychotique, le public accueilli en détention et les principes de prise en charge sont relativement homogènes sur le territoire français. Leur existence doit cependant amener à une certaine prudence dans l'extrapolation de ses résultats. Ces spécificités locales rendraient également pertinente la réalisation d'une future étude multicentrique.

Le début de la période de temps considérée a été choisi pour être concomitant de l'ouverture de l'UHSA de Nancy. De cette façon, les possibilités de prise en charge en hospitalisation à temps complet étaient globalement homogènes sur toute la durée de l'étude. Cependant, l'équipe soignante et notamment médicale du SMPR de Strasbourg a été largement remodelée sur cette période. Jusqu'en 2016, les praticiens présents au SMPR disposaient de façon tacite d'un nombre de places attribuées. Ils y admettaient et prenaient en charge des patients de leur propre file active. À la

faveur d'une réorganisation du pôle, un médecin responsable de l'hébergement thérapeutique a été nommé le 13 janvier 2017, et l'admission en soins de niveau 2 fait depuis l'objet d'une discussion en réunion pluridisciplinaire avant décision du médecin responsable. Les patients séjournant à l'hébergement sont suivis par ce même praticien responsable du service jusqu'à leur retour en détention. Il est envisageable que cette modification des pratiques ait eu un impact, difficilement quantifiable, sur la durée de prise en charge et l'évolution des patients en soins de niveau 2, avec notamment une diminution avérée de la durée moyenne de séjour (données internes). Le caractère progressif de ces changements rend difficile sa prise en compte dans les tests statistiques : il n'est pas possible de fixer un seuil temporel qui permettrait de réaliser une comparaison type avant/après. Cependant, l'interaction entre les variables de soins et judiciaires, soit le cœur du présent travail, n'en est pas fondamentalement modifiée.

Le but de l'étude était de s'intéresser aux patients présentant une symptomatologie suffisamment grave pour justifier de soins de type hospitalisation, soit de jour (hébergement thérapeutique), soit à temps complet. Le filtre choisi pour sélectionner ces patients a été celui de l'intégration à des soins de niveau 2 au SMPR et 3 en hospitalisation à temps complet. Il est toutefois envisageable que cette sélection n'ait pas pris en compte tous les patients concernés par la problématique, notamment du fait du biais d'adressage des patients depuis la détention. Ce mode d'adressage (signalement) tend à privilégier les patients à la symptomatologie bruyante, au détriment des patients déficitaires, alors que ceux-ci sont un public classique des hôpitaux de jour en milieu libre. Ce biais de recrutement a probablement pour effet de favoriser le signalement par l'encadrement pénitentiaire d'un certain profil de patients à la symptomatologie bruyante, et donc d'aboutir à la surreprésentation statistique de certaines modalités judiciaires, comme la présence de comportements hétéro-agressifs, ou certains motifs d'incarcération.

Le diagnostic de trouble psychotique est, quant à lui, resté dépendant d'une part d'interprétation : les dossiers médicaux ne comprenaient pas toujours une mention claire du diagnostic d'épisode psychiatrique retenu. De plus, la présence de plusieurs praticiens autour d'un même patient et la période concernée par l'étude rendent le relevé de données tributaire de variations inter-examineurs.

Comme évoqué en introduction, il a également été décidé d'inclure les patients dont la symptomatologie pouvait notamment ressortir d'une pharmaco-psychose, considérant que la survenue d'un épisode psychotique en détention est un marqueur de fragilité pouvant avoir un impact sur le parcours judiciaire.

La question du diagnostic s'intéressait à l'ensemble des symptômes ayant menés les patients concernés en soins au cours de leur incarcération. Cette démarche ne s'appuyait pas toujours sur des éléments plus longitudinaux, ceux-ci n'étant pas systématiquement disponibles pour contribuer à la prise de décision, notamment chez les sujets ayant un parcours de soins complexe et dispersé entre plusieurs départements et secteurs. Chez les patients présentant une histoire clinique permettant d'appuyer le diagnostic de trouble psychotique, celle-ci était naturellement prise en compte.

Cependant, certains patients ne présentaient pas de telles précisions anamnestiques : soit il s'agissait d'un premier épisode, soit de tels éléments n'existaient pas car il s'agissait d'un épisode isolé, soit l'anamnèse effectuée ne permettait pas de les recueillir. Au total, le caractère rétrospectif de l'étude l'a menée à recruter des sujets à partir de diagnostics d'épisode et non de diagnostics longitudinaux. Ce choix a donc pu mener à un sur-recrutement, et à la surévaluation de l'effet de certains paramètres. La prise de toxiques, déclencheur classique de pharmaco-psychoses, aurait par exemple pu acquérir un poids excessif dans son interaction avec les variables de soins. Par ailleurs, l'objectif de cette étude était de rassembler des données robustes sur l'interaction entre incarcération et trajectoire de soin dans la psychose en Maison d'Arrêt. D'un point de vue pragmatique, prendre en

compte la survenue d'un épisode avec symptômes psychotiques chez des sujets ne souffrant potentiellement pas d'un trouble psychotique de fond a du sens, notamment pour dimensionner au mieux le dispositif de soins psychiatriques à mettre en regard. De plus, comme évoqué en introduction, certaines études tendent à montrer que les incarcérations chez les patients psychotiques surviennent principalement durant la DUP (*duration of untreated psychosis*) (33,86). Il est donc probablement préjudiciable en termes de compréhension du sujet de ce travail d'écarter les sujets ne présentant pas d'éléments en faveur d'un trouble psychotique déjà installé.

Enfin, cette étude de l'interaction entre clinique de la psychose et parcours judiciaire aurait pu être réalisée via une approche par symptôme, dans la mesure où certains d'entre eux ont été identifiés notamment comme étant liés à un risque de survenue de faits médico-légaux (47,87). Le caractère rétrospectif de ce travail rendait périlleux une approche aussi détaillée, en raison de la variabilité inter-examineurs dans le relevé de la symptomatologie présentée. Il pourrait cependant s'agir d'un axe intéressant pour d'autres travaux menés de façon prospective.

Ce travail a donc rencontré les difficultés habituelles d'études menées de façon rétrospective, notamment concernant les questions d'évaluation et de diagnostic. Sur ces points, le relevé se heurte aux variations inter-examineurs. De plus, ces variations ont empêché une prise en compte fine des différents éléments cliniques pour privilégier des analyses plus catégorielles. Mais ces difficultés ne sont pas de nature à nuire aux résultats obtenus car les variables employées sont suffisamment stables et permettent un point de vue global sur le parcours des patients considérés.

V.2 Population

V.2.1 : Sur le plan médical

Ce travail traitait notamment de l'opportunité de la détention comme lieu de dépistage de symptômes psychotiques chez des patients détenus, ne bénéficiant pas de soins psychiatriques.

Certaines études évaluent à environ un tiers le nombre de patients incarcérés durant la DUP, et donc avant leur premier diagnostic de psychose (33,34). Dans la population étudiée dans le présent travail, un patient sur cinq n'avait jamais eu de contacts avec la psychiatrie, et un sur trois n'avait jamais reçu de diagnostic de trouble psychotique. Ces sujets présentaient donc en cours d'incarcération le premier épisode psychotique de leur histoire clinique à recevoir une réponse spécialisée.

L'existence d'éléments prémorbides, voire de symptômes antérieurs infra-cliniques, n'est cependant pas accessible via le relevé effectué. Il est donc probable qu'une partie de ces sujets ait reçu, au contact des soins psychiatriques en détention, un diagnostic venant nommer des troubles préexistants. Une autre partie des sujets a expérimenté pour la première fois une symptomatologie psychotique, possiblement en rapport avec les facteurs de stress en lien avec l'incarcération.

Cet aspect « inaugural » du diagnostic ne préjuge pas de la sévérité des symptômes : l'existence d'un diagnostic antérieur n'est en effet pas apparu ni comme un facteur de risque d'hospitalisation à temps complet, ni comme influant sur la durée des soins en détention (niveau 2 et 3). Par ailleurs, plus de la moitié des patients ne bénéficiaient pas d'un suivi, et environ un tiers, qui avait reçu un diagnostic antérieur, ne suivait pas le traitement spécifique qui leur avait été prescrit. De la même façon, environ la moitié des patients réincarcérés sur la durée de l'étude n'avait pas bénéficié d'un suivi ou l'avait interrompu durant leur intervalle « libre » judiciaire.

Un suivi en cours avant l'incarcération apparaît comme protecteur contre une hospitalisation à temps complet durant celle-ci. Il serait également corrélé à une plus grande durée de soins.

Cet effet peut être expliqué par un dépistage plus précoce de ces patients, souvent plus facilement demandeurs de soins, et entrant donc en soins de niveau 2 plus tôt. Cette prise en charge plus longue peut expliquer le moindre recours à une hospitalisation à temps complet pour ces patients. À l'inverse, les patients non suivis avant leur incarcération présentaient plus de risque d'être hospitalisés, marquant une sévérité dans leur symptomatologie psychotique. Cet ensemble de

patients non suivis regroupe à la fois ceux n'ayant jamais eu de suivi et ceux ayant interrompu un suivi antérieur.

Ces éléments tendent à montrer que la continuité des soins et une prise en charge précoce est un des meilleurs facteurs protecteurs par rapport à une hospitalisation en cours d'incarcération, que le patient soit connu ou non.

Le parcours des patients de notre étude en détention s'est effectué de plusieurs façons. Plus de la moitié des patients ont été hospitalisés à temps complet durant leur incarcération ; parmi eux, 25% l'ont été avant d'être pris en charge en hébergement thérapeutique, et 10% ont été hospitalisés à plusieurs reprises. Aucun des facteurs considérés dans l'étude n'a permis d'expliquer ces différences d'orientation. Elles sous-entendent cependant qu'une proportion non négligeable de patients présentent une clinique suffisamment sévère pour justifier d'emblée d'une hospitalisation à temps complet : il est donc possible de s'interroger sur le bien-fondé de la présence en détention de certains d'entre eux, notamment les patients hospitalisés rapidement après leur incarcération.

À la sortie de détention, l'orientation principale était réalisée vers le secteur du patient. Un patient sur cinq était orienté vers d'autres structures, soit avec une orientation « précarité » (CMP spécifique accueillant des patients sans domicile fixe ou avec domiciliation précaire, s'inscrivant mal dans la logique de sectorisation géographique), soit vers une poursuite du suivi post-carcéral avec l'équipe du SMPR (CMP spécifique). Ces deux orientations correspondent probablement aux patients les plus précarisés sur le plan social, pour lesquels un relai dans une logique de secteur géographique aurait peu de sens, puisque leur absence de domiciliation pérenne ne leur permet pas de bénéficier des avantages de ce dispositif (lieu de soin de proximité, inscription dans la durée auprès d'une équipe). Ce nombre de patients précarisés apparaît donc important et reflète la fragilité des conditions de libération de ces patients.

Notons le peu d'obligations de soins : environ un patient sur dix. Il est surprenant de constater que dans l'échantillon étudié, la consommation de toxiques était associée à une absence d'obligation de soins, sans qu'une explication claire puisse être mise en avant.

Un patient sur cinq était adressé en hospitalisation complète à l'issue de son incarcération. Cette orientation n'est pas exempte de conséquences pour le parcours global du patient. En effet, ces hospitalisations se font à la demande du représentant de l'état et leur levée est conditionnée à son accord. Elles peuvent donc être vécues par les patients comme une prolongation du placement sous main de justice qui s'est légalement terminé avec la levée d'écrou. De plus, ces levées de soins sous contrainte sont souvent difficiles à obtenir dans la mesure où les autorités judiciaires demandent des garanties importantes avant d'autoriser un assouplissement du cadre de la prise en charge psychiatrique (88). Cette réticence de l'autorité administrative à autoriser la levée de soins conduit les praticiens hospitaliers à mettre en place des programmes de soins pour ces patients, prolongeant encore en milieu ouvert cette restriction de liberté. Il s'agit d'une inéquité de traitement comparé à d'autres patients qui, pris en charge depuis le milieu ouvert, sont hospitalisés à symptomatologie égale sous des mesures de soins ne dépendant pas du représentant de l'état. De plus, les soins à la demande du représentant de l'état sont légalement indiqués pour des patients présentant un trouble à l'ordre public du fait de leur pathologie en milieu libre. Le fait que les soins en hospitalisation complète demeurent « à la demande du représentant de l'état » au-delà de la levée d'écrou induit une confusion entre le statut d'ex-détenu et la symptomatologie présentée par le patient, qui peuvent pourtant n'avoir aucun lien. De plus, cette confusion entraîne un message paradoxal : soit les faits à l'origine de l'incarcération justifient des soins sans consentement, et le sujet devrait relever d'une irresponsabilité pénale ; soit les faits et la symptomatologie sont jugés indépendants l'un de l'autre, et la justice ne devrait pas avoir de prise sur les soins psychiatriques. Cette confusion semble s'accroître au fil du temps : les deux dernières années ont vu des patients

être suivis en programme de soins durant leur incarcération, au retour d'une hospitalisation sans consentement à partir du milieu pénitentiaire. Il s'agit d'une rupture claire du principe qui s'oppose à la double contrainte en détention. Cette porosité croissante de la frontière entre contrainte judiciaire et psychiatrique rendrait nécessaire une clarification du rôle de chacune des institutions, entre soins centrés sur l'individu d'une part et préservation de l'ordre public d'autre part. Il n'est pas inintéressant de s'interroger sur le point de vue d'autres spécialités médicales : leurs services recevraient-ils avec la même récurrence des patients dont l'incarcération a impacté l'état de santé au point de ne pouvoir se contenter de soins ambulatoires à la sortie ?

Sur un plan plus général, il est difficile de comparer notre échantillon sur le plan clinique avec les éléments approchant de la littérature. En effet, les études qui se sont intéressées aux patients souffrants de psychose et incarcérés recrutent leurs populations en milieu hospitalier ou dans des structures de soins ambulatoires. Les études réalisées en détention autour de la psychose sont essentiellement des études épidémiologiques (23,24,28). En termes de santé publique, cette population très spécifique associant trouble psychotique mal équilibré et statut de détenu est très minoritaire. De même, les soins psychiatriques en détention sont bien plus concernés, en termes de fréquence, par des problématiques addictologiques (relevant alors du CSAPA), les troubles de la personnalité, et les passages à l'acte auto-agressifs (52,89). L'activité du pôle 67P16 de la maison d'arrêt de l'Elsau sur la période considérée, toutes prises en charges confondues, concernait environ 10% de patients souffrant de troubles psychotiques (entre 8,5 et 13,5% des prises en charge). Le groupe diagnostique relevé le plus fréquemment concernait les troubles mentaux liés à l'usage de substances psychoactives (entre 23,7 et 27% des prises en charge). En termes épidémiologiques, la question de la psychose en détention demeure marginale. Ce groupe diagnostique représente toutefois une part importante de la file active des soins de niveau 2 et 3 sur la période de ce travail.

L'incarcération n'est donc pas une période neutre pour les patients souffrant de troubles psychotiques. Un certain nombre d'entre eux y expérimentent des troubles pour la première fois. Pour d'autres, il s'agit d'une réintégration d'un dispositif de soins, se poursuivant parfois par une hospitalisation venant prolonger la contrainte judiciaire. Un nombre non négligeable d'entre eux est en effet en rupture thérapeutique. Il est possible de s'interroger sur l'intérêt à long terme de cette étape de l'incarcération pour des sujets fragilisés sur le plan de la santé psychique, au point de nécessiter parfois une hospitalisation à temps complet. Dans ce cadre, il serait pertinent de saisir quelle démarche sous-tend la décision judiciaire : séparation stricte des questions pénales et sanitaires ? Volonté de « neutraliser » des individus considérés comme doublement dangereux ? Souhait de permettre à ces sujets de raccrocher le fil des soins au sein d'un milieu imaginé comme contenant ? Méconnaissance par ces magistrats de la limite franche qu'impose l'obligation de recueillir le consentement du détenu pour le soigner en détention ?

Le cadre légal des soins en détention enjoint à fournir aux détenus les mêmes opportunités qu'aux patients en milieu libre : en termes d'accès aux soins psychiatriques, c'est actuellement le cas. Cependant, quel sens prend cette égalité pour des soins psychiques, où le cadre de soins a un effet thérapeutique au même titre que ses aspects plus techniques ?

V.2.2 : Sur le plan judiciaire

Les deux motifs d'incarcération les plus représentés pour la population étudiée étaient les atteintes aux biens (vol, dégradation etc.) et les atteintes aux personnes (outrage, violence verbale et/ou physique...), correspondant chacun à environ un tiers des motifs d'incarcération de l'étude. Comparé aux données de la maison d'arrêt de l'Elsau sur les motifs d'incarcération, ces atteintes aux biens étaient surreprésentées dans notre échantillon par rapport à l'ensemble des détenus : cette catégorie représente au maximum 24,5% des infractions entre 2012 et 2015, contre 34,5% dans la population étudiée (données internes, Maison d'Arrêt de Strasbourg). Les statistiques des motifs d'incarcération pour la maison d'arrêt n'étaient pas disponibles en 2016 et 2017 suite à problème de

logiciel. Lors du relevé des données, il est apparu qu'un certain nombre de ces « atteintes aux biens » correspondait à de petits vols réitérés, souvent associés aux sujets ayant le plus grand nombre de réincarcérations. Ces données disponibles ne sont pas suffisamment détaillées pour pouvoir être analysées statistiquement de façon rétrospective. L'impression résiduelle est celle d'un groupe d'individus souvent précarisés sur le plan social, effectuant des vols sans élaboration particulière, souvent pour se procurer de l'alcool ou de la nourriture. Le regard du personnel et des soignants pénitentiaires sur ce groupe les désignaient comme probablement moins inadaptés en détention qu'en milieu ouvert.

On note également que les infractions à la législation sur les stupéfiants (5,9%) étaient sous-représentées par rapport au reste de la population de la maison d'arrêt, où ce motif a représenté au minimum 34,4% des infractions entre 2012 et 2015. Ce dernier point peut sembler contre-intuitif lorsqu'il est mis en rapport avec la prévalence de consommation de toxiques dans la population étudiée (environ 70%). Cette prévalence était également élevée comparée à la population carcérale en général, au sein de laquelle les études retrouvent une prévalence moyenne de 30% de consommateurs (24). Il est possible que, du fait notamment de leurs troubles, les patients de l'étude aient eu un statut de « simples consommateurs », sans acquérir de statut plus élevé dans la hiérarchie des trafics de stupéfiants. Le préalable est donc de considérer que « consommateur » ne signifie pas « incarcéré pour une infraction de la législation sur les stupéfiants ».

Les homicides étaient faiblement représentés parmi les motifs d'incarcération. Les données manquantes n'ont malheureusement pas permis d'analyser en profondeur cette population spécifique. Il semble cependant qu'elle soit plus souvent irresponsabilisée que pour les autres motifs parce qu'une expertise psychiatrique est systématique en vue de ces procès.

Dans notre population, il ne semble pas exister de lien évident entre le niveau de prise en charge du trouble psychotique (2 et/ou 3) et le motif d'incarcération, ni avec la fréquence d'incarcération, ce

qui est soutenu par les résultats des tests statistiques. Or, les facteurs de risques pour une hétéro-agressivité médico-légale sont liés à un certain type de symptomatologie positive (46–48). Les éléments cliniques interagissant avec le parcours judiciaire seraient alors plus probablement de nature individuelle, propre à la clinique de chaque patient, que dépendant des soins qui leurs sont proposés. Par ailleurs, il est également possible d'envisager que les soins actuellement proposés par la psychiatrie ne soient malheureusement pas suffisant pour infléchir la trajectoire du public spécifique étudié dans ce travail, concentrant plusieurs facteurs de fragilité.

En revanche, plusieurs facteurs sociaux apparaissent liés à la fréquence d'incarcération, et notamment le type de revenus et l'existence d'un entourage. En effet, un revenu correspondant à une AAH, et l'absence d'entourage, étaient associés à une plus grande récurrence des incarcérations. De la même façon, un revenu lors de la sortie de détention correspondant à l'AAH était corrélé à un plus grand risque d'être réincarcéré. Ces deux éléments peuvent à nouveau être compris comme un impact de la clinique individuelle des patients : un sujet sur un versant déficitaire ou inadapté, présentant des troubles cognitifs, a plus de risques de se retrouver isolé sur le plan social. De la même façon, la mise en place d'une AAH peut être comprise comme un indicateur de sévérité de la pathologie psychotique. Le parcours judiciaire pourrait donc être impacté majoritairement par les conséquences cognitives et sociales de la maladie, ainsi que par son expression individuelle, plutôt que par le type de soins en place.

Enfin, la présence d'un traitement spécifique du trouble psychotique semblait associée à une incarcération en tant que prévenu, et non condamné. Il est possible que des sujets désignés comme souffrant de psychose par l'existence d'un traitement soient considérés comme nécessitant un maintien en détention, « sous surveillance » en attente de leur procès. Le fait qu'une hétéro-agressivité associée aux faits était dans l'étude elle aussi un facteur de risque d'être prévenu peut venir renforcer cette interprétation : ces sujets pourraient apparaître aux yeux des instances judiciaires à la fois comme « malade » et « violent », venant soutenir un placement en détention.

La population étudiée était donc majoritairement incarcérée pour des atteintes aux biens et aux personnes. Ces patients sont possiblement plus souvent incarcérés lorsque fragilisés sur le plan psychique et relationnel. Les faits « spectaculaires » seraient donc globalement rares dans notre population, et ce public spécifique semble s'inscrire le plus souvent dans un registre de petite délinquance et de marginalisation sur fond de troubles cognitifs.

V.2.3 : Sur le plan socio-économique

L'association d'un trouble psychotique actif et d'une incarcération laisse à penser que la population de notre étude pourrait être particulièrement fragilisée sur le plan social. La synthèse bibliographique de Beaurepaire de 2012 permet une comparaison entre les caractéristiques sociales de la population de l'étude et une population de détenus entrant en maison d'arrêt (77).

La population étudiée ici avait moins accès à l'emploi (9,2%) que les entrants en détention (40%), et moins également que la population globale de la file active du SMPR de Strasbourg (entre 9,9 et 19,1% de 2012 à 2017).

Dans la population d'entrants de la synthèse bibliographique, 40% avaient un logement personnel et 40% étaient hébergés chez des proches. La file active du pôle 67P16 de l'Elsau comportait entre 40 et 50% de sujets avec un logement stable, selon les années. À l'inverse, près de 50% de la population étudiée n'avait pas de logement stable.

Les catégories employées pour caractériser les revenus rendent la comparaison complexe sur ce point, mais la fréquence de revenus correspondant à des minimums sociaux est sensiblement la même, et près d'un tiers de la population considérée dans ce travail n'a pas eu accès à un revenu du tout.

Considérant que la population des entrants en détention est socialement précaire comparée à la population générale, il apparaît que celle des sujets souffrant de psychose étudiée dans cette étude

l'est encore plus. Comme évoqué au point précédent, cette précarité semblerait corrélée à des incarcérations plus fréquentes. Sur le plan médical, l'isolement social était corrélé à des soins de plus courte durée de soins de niveau 2 en incarcération, et des soins comprenant une plus large proportion d'hospitalisation à temps complet (niveau 3). Il est possible que les patients disposant d'un entourage aient également de meilleures habilités sociales, leur permettant de solliciter plus précocement les soins, en augmentant la durée totale mais diminuant de ce fait le recours à l'hospitalisation à temps complet.

De la même façon que la détention est envisagée par certains auteurs comme un lieu de dépistage des troubles psychotiques, elle peut être l'occasion d'une régularisation de la situation sociale. Dans la pratique, la situation sociale des détenus libérés est classiquement précaire (77). Beurepaire, dans sa synthèse bibliographique de 2012, analyse notamment la situation sociale d'une population d'ex-détenus suivie en consultation par le SMPR après leur sortie de détention (comprenant 18% de patients avec un diagnostic de trouble psychotique). Sur le plan des revenus à la sortie, la population étudiée dans la présente étude apparaît comme plus fortement stigmatisée par la pathologie, avec notamment un seul sujet disposant d'un emploi à la sortie (contre 11 à l'entrée), à opposer aux 45% de la population de Beurepaire. De la même façon, environ 40% de patients touchaient l'AAH lors de leur sortie dans la présente population, contre 10% chez Beurepaire. En revanche, ces deux populations apparaissent comparables sur le plan de l'accès au logement (environ 40% de logement stable). L'explication la plus probable aux différences retrouvées est celle de l'hétérogénéité diagnostique de la population de l'étude de Beurepaire, qui comporte une proportion importante de patients souffrant de troubles thymiques ou de troubles de la personnalité, soit des populations globalement moins impactées sur le plan cognitif et sur celui des habilités sociales, que les patients souffrant de troubles psychotiques.

Enfin, il est important de noter qu'en dépit des difficultés sociales que présentaient les patients concernés par ce travail, un tiers d'entre eux seulement a bénéficié d'une mesure de protection. De plus, ce chiffre demeurerait stable à la sortie d'incarcération, montrant que peu de mesures sont initiées à cette occasion. Il est possible que la durée plutôt courte des séjours en maison d'arrêt ne soit pas propice à la mise en place de ces mesures, bien qu'elles puissent paraître indiquées chez une population à la fois précaire et symptomatique (puisque requérant des soins de niveau 2 et/ou 3). Il faut également prendre en compte certains facteurs structurels liés au SMPR de la Maison d'Arrêt de Strasbourg, qui ne favorisaient pas la mise en place de telles mesures sur la période étudiée.

Le temps d'une incarcération en maison d'arrêt est court ; la régularisation de la situation sociale nécessite des moyens importants et une participation active des sujets considérés. Les soins de niveau 2 s'accompagnent de l'accès à une assistante sociale. En revanche, les soins de niveau 3 s'effectuent pour la plupart à l'UHSA de Nancy, qui, si elle propose évidemment un accompagnement social, est probablement trop éloignée du milieu de vie habituel de ces patients pour proposer un accompagnement individualisé et ciblé sur place, notamment en termes de recherche de logement ou d'emploi. De ce point de vue, être hospitalisé en cours d'incarcération peut compliquer la préparation de la levée d'écrou.

Il apparaît que la population de cette étude est plus précaire sur le plan social, comparée à la fois aux autres patients de la file active du SMPR de la maison d'arrêt de Strasbourg, mais également à une autre population d'entrants en détention, exempts de troubles mentaux. Cette précarité sociale et relationnelle induit une récurrence des incarcérations, une plus grande intensité des soins en détention, et un frein à la continuité des soins à la libération. Ces aspects sont d'autant plus dommageables qu'ils se manifestent chez une population déjà fragilisée par sa pathologie.

V.3 Suites de l'étude et propositions

V.3.1 Intérêt d'abord prospectifs, multicentriques et centrés sur le parcours de soins

Sans surprise, les principales limites de cette étude étaient à la fois liées à son caractère rétrospectif et mono centrique. Pour pouvoir affiner les résultats obtenus, et obtenir un tableau plus clair du parcours spécifique des patients psychotiques incarcérés, une approche prospective serait essentielle. Prendre en considération plusieurs établissements, et plusieurs SMPR, permettrait de mettre en lumière ce qui relève très spécifiquement de la pathologie en lissant les variabilités locales. Une étude prospective permettrait également de relever certaines informations (notamment judiciaires) qui n'ont pas vocation à se trouver systématiquement dans le dossier médical, telles que l'existence d'une expertise (et notamment en garde à vue), le recours à la comparution immédiate, la présence d'un avocat...

Une telle approche permettrait un point de vue exhaustif sur le parcours patient et une analyse fine des interactions entre ses différents déterminants.

V.3.2 Propositions

Cette étude a mis en avant certaines caractéristiques d'une population de patients souffrant de psychose à la symptomatologie manifeste durant leur incarcération. En prenant en compte ces résultats, plusieurs axes de réflexions se dessinent pour améliorer leur prise en charge.

Les caractéristiques spécifiques de la population, et notamment ses points de fragilité, rendent fondamental qu'une orientation appropriée leur soit proposée. Cette orientation pourrait se faire vers le milieu hospitalier ou vers la détention; dans le premier cas, les patients devraient également être guidés vers les intervenants pouvant les accompagner afin que leur incarcération ne représente pas une perte de chances.

Après la commission des faits, l'orientation du sujet vers un milieu spécifique peut se faire à plusieurs points du parcours : dès le premier contact avec les forces de l'ordre, lors des décisions du procureur

en charge de la procédure, à l'occasion du verdict de leur procès. L'avis du milieu médical et soignants peut n'être convoqué à aucun point de ce parcours. Sans vouloir demander aux intervenants judiciaires de se muer en experts, il paraîtrait important de leur fournir une information suffisante sur les troubles psychiatriques, la notion de responsabilité, la nature et l'indication des soins en détention, et, pour que leur décisions (et notamment celle de faire appel à un avis spécialisé) puissent être prises de la façon la plus adéquate possible. L'un des points importants d'une telle information serait la nuance entre dangerosité psychiatrique et judiciaire.

Une fois en détention, cette même question de l'orientation vers un milieu spécialisé se pose. Il est nécessaire que le personnel pénitentiaire dispose de connaissances suffisantes pour participer de façon efficiente à l'orientation des détenus vers les soins. Ces connaissances prendraient notamment une ampleur toute particulière pour des patients ne présentant pas une symptomatologie « bruyante » : patient souffrant d'un trouble psychotique à expression déficitaire, détenu souffrant d'un syndrome dépressif avec un ralentissement prédominant. Cela éviterait à ces patients une perte de chances notamment par un retard de prise en charge.

De plus, il importe que le personnel non soignant intervenant au contact de cette population dispose d'éléments suffisants pour adopter un mode d'interactions bénéfique au détenu mais également au personnel pénitentiaire encadrant. Être muni de notions de base, permettant une grille de lecture dégagée de préjugés, devrait permettre au personnel pénitentiaire un exercice plus apaisé de ses fonctions au contact des détenus souffrant de troubles psychiatriques ; cette remarque ne concerne d'ailleurs pas uniquement le cadre nosologique de la psychose. C'est de ce type de constatations que sont nés des programmes de formation interne à destination du personnel pénitentiaire, tel celui en cours à la Maison d'Arrêt de Strasbourg (90).

Pour répondre aux besoins spécifiques de la population considérée dans cette étude, il semble également important de prendre en compte leur fragilité sur le plan social. Il serait logique, et important, de favoriser l'accès de ces détenus souffrant de troubles psychotiques aux dispositifs d'aide présents en détention, notamment dans la mesure où leurs troubles peuvent y constituer un obstacle. Cela comprend l'accès aux Conseillers Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (CPIP), dont on pourrait envisager qu'il se fasse à une fréquence plus importante et indépendante des requêtes rédigées par le détenu ; mais également de favoriser l'accès aux aidants existants à l'extérieur de la détention, et notamment aux mandataires judiciaires pour les patients bénéficiant d'une mesure de protection.

Enfin, l'un des moments du parcours sur lequel il serait intéressant d'agir est celui de la sortie de détention. Lorsque la date est prévue suffisamment à l'avance, il est logique de favoriser un relai vers le secteur de psychiatrie général du patient. Il serait cependant important de faciliter l'accès des sortants de détention au profil comparable à celui de notre étude à des structures affranchies au maximum des questions de sectorisation géographique et de prise distante de rendez-vous, dans la mesure où les conditions de libération ne permettent pas toujours une inscription dans les circuits de soin classiques. Les structures telles que le CMP destiné aux patients en situation de précarité, à Strasbourg, ou le CMP du SMPR seraient donc à développer, permettant une poursuite des soins auprès d'une équipe soignante identifiée avant un relai à moyen terme sur le secteur. De la même façon, il serait important pour les patients relevant de la sectorisation classique, de favoriser le maintien dans un dispositif de soins, ce d'autant plus que comme nous l'avons vu une part des patients de notre échantillon n'était connus d'aucune équipe soignante avant leur incarcération. À nouveau, le CMP du SMPR pourrait alors jouer le rôle d'articulation, proposant à la sortie un rendez-vous initial, avant d'accompagner l'ex-détenu vers une autre structure de soins, que ce soit lors d'une présentation de relai ou simplement d'un accompagnement à la prise de rendez-vous.

VI : Conclusion

Ce travail cherchait à éclairer la situation d'une population qui interroge actuellement les professionnels intervenant en détention mais également les autorités médicales et judiciaires. L'objectif était d'obtenir des caractériser les patients présentant, au cours d'une incarcération, une symptomatologie psychotique d'une intensité suffisante pour justifier d'une hospitalisation à temps partiel en hébergement thérapeutique ou d'une hospitalisation à temps complet, ainsi que sur les possibles interactions entre leurs parcours médicaux et judiciaires.

Cette sous-population suivie en milieu carcéral n'est de loin pas majoritaire dans la patientèle du SMPR. Elle représente cependant durant leur incarcération une part importante de l'investissement en effectifs et en moyens pour le dispositif de soins psychiatrique du fait de leur sévérité symptomatique. Le nombre minime de patients concernés ne permet en aucun cas de considérer cette sous-population comme négligeable au regard de l'organisation des soins.

Le parcours de ces patients est émaillé de ruptures. Bon nombre d'entre eux n'étaient pas inscrit dans une démarche de soins avant leur incarcération, soit du fait d'une interruption de suivi ou de traitement, soit parce qu'ils connaissent en détention leur premier épisode psychotique. Par ailleurs, renouer avec des soins psychiatriques en détention ne signifie pas que ceux-ci seront poursuivis lors de la libération. De surcroît, les patients dont il est question dans le présent travail sont dans une situation particulièrement précaire sur le plan social, comparés à leurs codétenus exempts de troubles psychiques ou psychiatriques. On assiste sur ce plan également à une perte de linéarité des parcours, notamment sur le plan professionnel, parfois favorisée par l'incarcération en elle-même. Il est frappant de constater la fréquence élevée de l'isolement social dans cette population, privée du fait de la maladie des tiers bienveillants qui auraient pu pallier à ces épisodes de rupture. Ces

patients nécessitent un accompagnement holistique, comprenant une attention toute spécifique aux questions sociales. La détention en maison d'arrêt n'est structurellement pas favorable à ce type d'accompagnement, en raison de la difficulté de mener à bien de telles démarches lors des courtes peines, et en raison de la surpopulation chronique de ces lieux de détention. Un accompagnement rapproché et individualisé est donc difficilement mis en place. L'un des risques inhérents à ces ruptures et à leur impact sur des patients fragilisés par leur pathologie est leur orientation vers une hospitalisation à temps complet en service de psychiatrie générale à l'issue de leur incarcération. Les interactions entre parcours de soins et parcours judiciaires ne sont pas apparues de façon directe au fil de cette étude. Cependant, des éléments plus discrets semblent indiquer des influences réciproques et multifactorielles entre facteurs sociaux, sévérité de la pathologie psychiatrique, et fréquence d'incarcération. D'une certaine façon, la non binarité de ces influences peut être une réponse à une critique adressée de façon récurrente à la psychiatrie, à la fois par les médias et les instances judiciaires : celle de ne pas jouer son rôle de « garde-fou », de ne pas concourir suffisamment à la défense de l'ordre social. Or, les résultats de cette étude montrent qu'il ne suffit pas de suivre ou de proposer un traitement à un patient pour l'empêcher de commettre des faits passibles d'une incarcération. Décharger la psychiatrie de cette injonction implicite de maintien de l'ordre devrait nous permettre de nous consacrer sereinement à l'un des rôles des soins psychiques : accompagner le patient dans le soulagement de sa souffrance.

Enfin, il serait désormais important de s'interroger sur les causes de la présence en détention de ces patients. Si un trouble psychotique n'est pas une raison automatique d'être exonéré de l'obligation citoyenne de répondre de ses actes, le profil des patients concernés par cette étude questionne cependant le bien-fondé de leur placement en détention, au regard notamment d'autres réponses pénales envisageables. L'existence des secteurs de psychiatrie pénitentiaire découle de la volonté de ne pas faire de l'incarcération une perte de chances, grâce à la proximité de l'offre de soins. Il est toutefois crucial que l'existence de ces secteurs de psychiatrie pénitentiaire ne deviennent pas un

prétexte à l'incarcération de ces patients, ou ne serve à dédouaner les instances judiciaires de la difficulté structurelle actuelle à l'individualisation des peines. Dans ce but, il est et sera important de favoriser la compréhension par les différents partenaires, et les acteurs du parcours judiciaire au premier chef, des missions que la loi confère aux services de soins psychiatriques en détention.

VU

Strasbourg, le.....21 mars 2020.....

Le président du Jury de Thèse

Professeur Fabrice BERNA

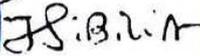


VU et approuvé

Strasbourg, le..... 04/05/2020 ...

Le Doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg

Professeur Jean SIBILA



Annexes

Annexe 1 : Exemple de notice individuelle produite par un magistrat à l'occasion d'un mandat de dépôt



COUR D'APPEL DE COLMAR
TRIBUNAL DE GRANDE INSTANCE DE STRASBOURG
 PARQUET DE MONSIEUR LE PROCUREUR DE LA RÉPUBLIQUE
 Service de l'exécution des peines

N° parquet :

NOTICE INDIVIDUELLE

Majeur(e) Mineur(e) déjà condamné(e) jamais condamné(e)

NOM/Prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Nationalité :

Situation familiale/ Identités des titulaires de l'autorité parentale (si mineur) :

Condamné(e) des chefs de : violences

RENSEIGNEMENTS D'ORDRE PÉNAL

Incarcération antérieure ? OUI NON

Si oui, dans quel établissement, et à quelle période a eu lieu la dernière incarcération ?

AA Stg mais PAS lors de l'incarcération

Déroulement de la précédente incarcération (incidents disciplinaires, visites familiales, hospitalisations...)?

Risques particuliers d'évasion ? OUI NON

Si oui lesquels ?

RENSEIGNEMENTS D'ORDRE SANITAIRE

I. SANTÉ GÉNÉRALE

Problèmes de santé (handicap, maladie) ? OUI NON

Lesquels ?

Traitement médical en cours ? OUI NON

Lequel ?

La personne a-t-elle en sa possession une ou des ordonnances ? OUI NONAu cours de la garde à vue/rétention, un traitement médical a-t-il été prescrit ? OUI NON

Si tel est le cas, bien vouloir en joindre une copie, sous pli fermé, à destination de l'unité sanitaire.

II. ADDICTIONS

Dépendance et risque de manque (stupéfiants, alcool, médicament, tabac) ? OUI NON

Laquelle ?

Alcool

III. SANTÉ MENTALE

Antécédents psychiatriques ? OUI NON

Lesquels et quand ? Une pour l'alcool en 2011 et 2016

Avec hospitalisation ? OUI NON

Date et durée : 2011 = 1 ANNEE et en 2016 = 3 mois

Antécédents de tentative(s) de suicide ? OUI NON

Quand ? _____

Propos suicidaires ou atteinte à son intégrité physique depuis son interpellation ? OUI NON

Précisez : _____

Une consultation médicale et/ou psychiatrique URGENTE est-elle nécessaire ? OUI NON

Pourquoi ? _____

RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX MODALITÉS DE DÉTENTION**I. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX**

Nom et prénom des autres détenus impliqués dans l'affaire : _____

Il y a-t-il une mesure de suivi judiciaire en cours (SME, CJ, SSJ, ...) ? OUI NON

Il y a-t-il des interdictions de contact/une obligation de soins ? OUI NON

Précisez : _____

La personne doit-elle être séparée d'autres détenus ? OUI NON

Si oui, lesquels et pendant quelle durée ? _____

II. RENSEIGNEMENTS SPÉCIFIQUES AUX MODALITÉS DE DÉTENTION PENDANT LE DÉLAI D'APPEL

• **Accès au téléphone (art. R57-8-21 CPP) :**

La personne est-elle autorisée à téléphoner aux membres de sa famille ? OUI NON

Motifs du refus (art. R57-8-22 CPP) : _____

Le SPIP/la PJJ est-il autorisé à téléphoner aux membres de la famille ? OUI NON

• **Correspondance écrite (art. R57-8-16 CPP) :**

La personne fait-elle l'objet d'une interdiction de correspondance ? OUI NON

Si oui à l'égard de qui ? _____

Pendant quelle durée ? _____

Pour quel motif ? _____

La décision d'interdiction de correspondance écrite ou d'accès au téléphone doit être notifiée à la personne prévenue par tout moyen (art. R57-8-17 et R57-8-22 du CPP).

Fait à Strasbourg, le 19 février 2020
P/ Le Procureur de la République



Annexe 2 : Formulaire de signalement du pôle 67p16

DEMANDE D'ÉVALUATION PSYCHIATRIQUE ET/OU ADDICTOLOGIQUE AU POLE 67P16

IDENTIFICATION DE L'ADRESSEUR :	IDENTIFICATION DU DETENU :																								
<ul style="list-style-type: none"> • Civilité, grade, NOM, Prénom : • Adresses où l'adresseur souhaite réceptionner la proposition de rendez-vous et, ultérieurement, les préconisations du pôle 67P16 : • Téléphone, courriel ou fax permettant de joindre l'adresseur dans l'heure suivant l'envoi du signalement : • Fonction ou lien avec le détenu : • Date et horodatage de la rédaction du présent signalement : • Autre(s) service(s) ou professionnel(s) éventuellement destinataire(s) du présent signalement : 	<ul style="list-style-type: none"> • Civilité, NOM, Prénom : • Date de naissance : • Numéro d'écrou : • Position : • Langue parlée(s) : • Date prévue de sortie de la Maison d'arrêt de Strasbourg : 																								
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Antécédents</th> <th style="text-align: center;">oui</th> <th style="text-align: center;">non</th> <th style="text-align: center;">inconnus</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Psychiatriques</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Addictologiques</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Somatiques</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Judiciaires</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>D'incarcérations</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Antécédents	oui	non	inconnus	Psychiatriques				Addictologiques				Somatiques				Judiciaires				D'incarcérations			
Antécédents	oui	non	inconnus																						
Psychiatriques																									
Addictologiques																									
Somatiques																									
Judiciaires																									
D'incarcérations																									

(SMPR et CSAPA) Secrétariat : Tel 03.90.20.46.10 / Fax 03.90.20.46.11 / SecretariatSMPR@ch-epsan.fr

DATE ET HEURE DU CONSTAT DES TROUBLES :

PROPOSITION DE MOTIFS DE LA DEMANDE D'ÉVALUATION	
Peur :	<input type="checkbox"/> Explicable (réactionnelle à un motif identifié) <input type="checkbox"/> Inexplicable (angoisse, anxiété)
Tristesse :	<input type="checkbox"/> Sentiments dépressifs <input type="checkbox"/> Auto-agressivité : idées de suicide énoncées <input type="checkbox"/> Auto-agressivité : conduite suicidaire <input type="checkbox"/> Auto-agressivité : passage à l'acte suicidaire effectif <input type="checkbox"/> Auto-agressivité non suicidaire (scarification par exemple)
Hétéro-agressivité :	<input type="checkbox"/> Verbale <input type="checkbox"/> Menaces de passage à l'acte <input type="checkbox"/> Passage à l'acte effectif
Délire :	<input type="checkbox"/> Suspicion d'idées incohérentes <input type="checkbox"/> Propos incohérents énoncés <input type="checkbox"/> Comportement incohérent
Dissociation :	<input type="checkbox"/> Repli sur soi <input type="checkbox"/> Propos et/ou comportement inadapté, absurde <input type="checkbox"/> Négativisme (mutisme, refus alimentaire, refus de la main tendue, occlusion forcée des paupières)
Confusion :	<input type="checkbox"/> Désorientation temporo-spatiale <input type="checkbox"/> Fluctuation de l'état de conscience
Agitation psychomotrice :	<input type="checkbox"/> Explicable (réactionnelle à un motif identifié) <input type="checkbox"/> Inexplicable
Troubles des conduites instinctuelles :	<input type="checkbox"/> Sommeil <input type="checkbox"/> Alimentation <input type="checkbox"/> Sexualité
Autres :	

--

Nom – Prénom de l'adresseur :	Nom – Prénom du détenu :
--------------------------------------	---------------------------------

CONTEXTE DE LA DEMANDE
<p>Notion de modification du comportement et/ou de l'humeur : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui</p> <ul style="list-style-type: none"> • Date :/...../..... • Motifs possibles : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Disciplinaire <input type="checkbox"/> Changement de : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cellule <input type="checkbox"/> Bâtiment <input type="checkbox"/> Lieu de détention <input type="checkbox"/> En rapport avec une consommation de : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Alcool <input type="checkbox"/> Stupéfiant <input type="checkbox"/> Médicament <input type="checkbox"/> En rapport avec l'entourage : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Conflit conjugal <input type="checkbox"/> Rupture sentimentale <input type="checkbox"/> Deuil <input type="checkbox"/> Autre :
<p>Demande personnelle d'accès aux soins psychiatriques et/ou addictologiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non, incitation aux soins psychiatriques et/ou addictologiques : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Par un partenaire institutionnel : <input type="checkbox"/> Par un codétenu : <input type="checkbox"/> Autre :
<p>Demande de traitement de substitution aux opiacés : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Méthadone <input type="checkbox"/> Buprénorphine

DELAI ATTENDU DE LA REPONSE PAR L'ADRESSEUR (à titre indicatif)
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Réponse en extrême urgence : situation de crise psychique nécessitant une évaluation immédiate <input type="checkbox"/> Réponse en urgence : situation de crise psychique nécessitant une évaluation dans la journée <input type="checkbox"/> Réponse attendue après évaluation à programmer dans les trois jours <input type="checkbox"/> Réponse attendue après évaluation à programmer dans les quinze jours

COMMENTAIRE :

Signature de l'adresseur :

✂-----

Partie à remplir et à retourner à l'adresseur par le pôle 67P16

PROPOSITION DE RENDEZ-VOUS PAR LE POLE 67P16 :
Civilité/Titre, NOM, Prénom :

Fonction :		
Date et heure :		
Lieu :		
Personnes prévenues :		
<input type="checkbox"/> Détenu :	<input type="checkbox"/> Surveillants du pôle 67P16 :	<input type="checkbox"/> Gradés :
<input type="checkbox"/> Direction de la Maison d'arrêt :	<input type="checkbox"/> SPIP :	<input type="checkbox"/> USN1-DSS :
<input type="checkbox"/> Autres :		
Commentaire :		

Bibliographie

1. Lafaye C, Lancelev C, Protais C, Lafaye C, Lancelev C, L CP. L'irresponsabilité pénale au prisme des représentations sociales de la folie et de la responsabilité des personnes souffrant de troubles mentaux. [Rapport de recherche] Mission de recherche Droit et Justice. 2016. halshs-01480984. 2016.
2. Daligand L. La victime privée de procès en raison de l'irresponsabilité pénale pour trouble mental de son agresseur. *Les Cah PV*. 2006;2–5.
3. Archer DE. La loi pénale n'est pas thérapeutique en soi. *J du droit des jeunes*. 2001;202(2):39.
4. Justice / Textes et réformes / Loi sur la rétention de sûreté et l'irresponsabilité pénale [Internet]. [cited 2019 Dec 25]. Available from: <http://www.textes.justice.gouv.fr/lois-et-ordonnances-10180/loi-sur-la-retention-de-surete-et-lirresponsabilite-penale-14175.html>
5. Protais C. Le malade mental, dangerosité et victime [Internet]. 2013. Available from: <https://journals.openedition.org/hms/482>
6. Pradier P. La gestion de la santé dans les établissements du programme 13000 Evaluation et perspectives. Ministère de la Justice. 1999.
7. Bouley D, Massoubre C, Serre C, Lang F, Chazot L, Pellet J. Les fondements historiques de la responsabilité pénale. *Ann Med Psychol (Paris)*. 2002;160(5–6):396–405.
8. Lopez Mora L. Abolition, altération du discernement : destin pénal et médical des mis en cause. *Mémoire de Droit Pénal*. Paris II Panthéon-Assas; 2010, 140 p.
9. Quétel C. En maison de force au siècle des Lumières. *Cah des Ann Normandie*. 1981;13(1):43–79.
10. Peny C. Les dépôts de mendicité sous l'Ancien Régime et les débuts de l'assistance publique aux malades mentaux (1764-1790). *CAIRN*. 2011.
11. Caire M. Psychiatrie et Histoire [Internet]. 2010 [cited 2020 Jan 18]. Available from: <http://psychiatrie.histoire.free.fr/lexiq/lex/psy.htm>
12. Postel M. Esquirol et la monomanie homicide. *Hist Sci Med*. 1991;25(2):181–6.
13. Foucault M. *Moi, Pierre Rivière, ayant egorgé ma mère, ma soeur et mon frère ... : un cas de parricide au XIXe siècle*. Gallimard; 1994, 432 p.
14. Lefebvre P. Le traité des maladies mentales d'Esquirol: cent cinquante ans après. *Hist Sci Med*. 1991;25(2):169–74.
15. Rollin E. Evolution des soins psychiatriques en milieu carcéral. Thèse de Médecine. Université de Lorraine; 2008, 262 p.
16. Renneville M. La Psychiatrie Légale Dans Le Projet De Réforme Du Code Pénal Français (1930-1938). 2008;385–406.
17. Ternon Y. L'Aktion T4. *CAIRN*. 2013;12(1):27–40.
18. Hedhili-Azéma H. La réforme d'administration pénitentiaire Amor de mai 1945 [Internet].

- [cited 2020 Jan 20]. Available from:
<https://journals.openedition.org/criminocorpus/6244?lang=de>
19. Conseil politique de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Organisation sanitaire en milieu carcéral, de 1945 à nos jours [Internet]. Available from:
<https://www.cnle.gouv.fr/organisation-sanitaire-en-milieu.html>
 20. Bellanger H. Politiques et pratiques de la psychiatrie en prison 1945-1986. *Criminocorpus Rev d'Histoire la justice, des crimes des peines* [Internet]. 2014 [cited 2020 Feb 22]; Available from: <https://journals.openedition.org/criminocorpus/2730>
 21. LOPEZ A, TURAN-PELLETIER G, Inspection générale des affaires sociales. Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960. N°2017-064R [Internet]. 2017; Available from: http://intercolleges-psychos-idf.fr/IMG/pdf/rapport_lopes.pdf
 22. Thomas P, Fovet T, Amad A. Psychiatrie en milieu pénitentiaire, entre nécessité et ambiguïté. *Ann Med Psychol (Paris)*. 2015;173(4):348–51.
 23. Fazel S, Seewald K. Severe mental illness in 33 588 prisoners worldwide: Systematic review and meta-regression analysis. *Br J Psychiatry*. 2012;200(5):364–73.
 24. Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23000 prisoners: A systematic review of 62 surveys. *Lancet*. 2002;359(9306):545–50.
 25. Rouillon F. Épidémiologie Des Troubles Psychiatriques. *Ann Med Psychol (Paris)*. 2008;166(1):63–70.
 26. Falissard B, Loze JY, Gasquet I, Duburc A, de Beaurepaire C, Fagnani F, et al. Prevalence of mental disorders in French prisons for men. *BMC Psychiatry*. 2006;6:3–8.
 27. Prieto N, Faure P. La santé mentale des détenus entrants ou suivis dans les prisons françaises comportant un SMPR. *Encephale*. 2008;30(6):525–31.
 28. Duburcq A, Coulomb S, Bonte J, Marchand C, Fagnani F, Falissard B. Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral. Direction de l'Administration Pénitentiaire. 2004.
 29. Fazel S, Yoon IA, Hayes AJ. Substance use disorders in prisoners: an updated systematic review and meta-regression analysis in recently incarcerated men and women. *Addiction*. 2017;112(10):1725–39.
 30. OFDT. Produits et addictions, vue d'ensemble [Internet]. 2014 [cited 2020 Jan 18]. Available from: <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/vue-d-ensemble/#conso>
 31. Hides L, Dawe S, Kavanagh DJ, Young RM. Psychotic symptom and cannabis relapse in recent-onset psychosis Prospective study. *Br J Psychiatry*. 2000;189:137-143.
 32. Munkner R, Haastrup S, Jørgensen T, Andreasen AH, Kramp P. Taking cognizance of mental illness in schizophrenics and its association with crime and substance-related diagnoses. *Acta Psychiatr Scand*. 2003;107(2):111–7.
 33. Munkner R, Haastrup S, Joergensen T, Kramp P. The temporal relationship between schizophrenia and crime. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2003;38(7):347–53.
 34. Ramsay Wan C, Broussard B, Haggard P, Compton MT. Criminal Justice Settings as Possible

- Sites for Early Detection of Psychotic Disorders and Reducing Treatment Delay. *Psychiatr Serv.* 2014;65(6):758–64.
35. Marion-Veyron R, Lambert M, Cotton SM, Schimmelmann BG, Gravier B, McGorry PD, et al. History of offending behavior in first episode psychosis patients: A marker of specific clinical needs and a call for early detection strategies among young offenders. *Schizophr Res.* 2015;161(2–3):163–8.
 36. Munkner R, Haastруп S, Joergensen T, Kramp P. The association between psychopathology of first-episode psychosis patients within the schizophrenia spectrum and previous offending. *Nord J Psychiatry.* 2009;63(2):124–31.
 37. Laporte A, Chauvin P. La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d’Ile-de France. INSERM. 2010.
 38. Darcourt G. La double stigmatisation des personnes atteintes de psychose et désocialisées. *Inf Psychiatr.* 2007;83(8):671–3.
 39. Bresson M. Le lien entre santé mentale et précarité sociale : une fausse évidence. *Cah Int Sociol.* 2003;115(2):311.
 40. Coldefy M, Faure P, Prieto N. La santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus. *Etudes et Résultats.* 2001;n°181:1–12.
 41. Wasser T, Pollard J, Fisk D, Srihari V. First-Episode Psychosis and the Criminal Justice System: Using a Sequential Intercept Framework to Highlight Risks and Opportunities. *Psychiatr Serv.* 2017;68(10):994–6.
 42. Wölfl M, Kuball J, Eyriч M, Schlegel PG, D P. Demographic, Socio-Environmental, and Substance-Related Predictors of Duration of Untreated Psychosis (DUP). *Cytometry.* 2009;73(11):1043–9.
 43. Verdoux H, Bergey C, Liraud F, Abalan F, van Os J, Assens F. Is the association between duration of untreated psychosis and outcome confounded? A two year follow-up study of first-admitted patients. *Schizophr Res.* 2002;49(3):231–41.
 44. Baillargeon J, Binswanger I, Penn J, Williams B, Murray O. Psychiatric disorders and repeat incarcerations: The revolving prison door. *Am J Psychiatry.* 2009;166(1):103–9.
 45. Dessureault D, Côté G, Lesage A. Impact of first contacts with the criminal justice or mental health systems on the subsequent orientation of mentally disordered persons toward either system. *Int J Law Psychiatry.* 2000;23(1):79–90.
 46. Fazel S, Gulati G, Linsell L, Geddes JR, Grann M. Schizophrenia and violence: Systematic review and meta-analysis. Vol. 6, *PLoS Medicine.* 2009.
 47. Modestin J. Criminal and violent behavior in schizophrenic patients: An overview. *Psychiatry Clin Neurosci.* 1998;52(6):547–54.
 48. Walsh E, Buchanan A, Fahy T. Violence and schizophrenia: Examining the evidence. *Br J Psychiatry.* 2002;180(JUNE):490–5.
 49. Nolan KA, Czobor P, Roy BB, Platt MM, Shope CB, Citrome LL, et al. Characteristics of assaultive behavior among psychiatric inpatients. *Psychiatr Serv.* 2003;54(7):1012–6.
 50. Ellouze F, Ayedi S, Masmoudi S, Bakri L, Chérif W, Zramdini R, et al. Schizophrenia and

- violence, incidence and risk factors: A Tunisian sample. *Encephale*. 2009;35(4):347–52.
51. Swanson JW, Swartz MS, Van Dorn RA, Elbogen EB, Wagner HR, Rosenheck RA, et al. A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63(5):490–9.
 52. Fovet T, Thomas P, Amad A. Psychiatrie en milieu pénitentiaire : Une sémiologie à part ? *Ann Med Psychol (Paris)*. 2015;173(8):726–30.
 53. Lancelevée C, Cliquennois G, Dugué F, Cartuyvels Y, Bessin M. Ce que la dangerosité fait aux pratiques : entre soin et peine, une comparaison Belgique-France. *CAIRN*. 2013;12:27–40.
 54. Lancelevée C. Quand la prison prend soin ? *Sociétés Contemp*. 2016;103(3):91.
 55. Doron C-O. Une expérimentation pour réduire les incarcérations des personnes en grande précarité présentant des troubles psychotiques sévères. *Rhizome*. 2015;N°56(2):17.
 56. Delpla PA. Dans quel cadre procédural et à quelles fins le psychiatre peut-il être réquisitionné par la justice ? 1998;(2):1–11.
 57. Code de procédure pénale - Article D17 | Legifrance [Internet]. [cited 2019 Dec 15]. Available from: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=CDBDB9571B017B0A01CA24B8B2410D49.tplgfr32s_2?cidTexte=LEGITEXT000006071154&idArticle=LEGIARTI000006514852&dateTexte=20191215&categorieLien=id#LEGIARTI000006514852
 58. Bosquet S. Dans le moteur de la machine à incarcérer : les comparutions immédiates – Observatoire International des Prisons [Internet]. 28/11/2017. [cited 2019 Dec 15]. Available from: <https://oip.org/analyse/dans-le-moteur-de-la-machine-a-incarcerer-les-comparutions-immmediates/>
 59. Mucchielli L, Raquet É. Les comparutions immédiates au TGI de Nice, ou la prison comme unique réponse à une délinquance de misère. *Rev Sci criminelle droit pénal comparé* [Internet]. 2014 [cited 2019 Dec 15];N° 1(1):207. Available from: <http://www.cairn.info/revue-de-science-criminelle-et-de-droit-penal-compare-2014-1-page-207.htm?ref=doi>
 60. Christin A. Comparutions immédiates : enquête sur une pratique judiciaire. *Découverte*; 2008.
 61. Raoult S, Azoulay W. Les comparutions immédiates au Tribunal de Grande Instance de Marseille Les rapports de recherche de l' Observatoire. 2016;
 62. Touitou D, Bodon-bruzel M. Être schizophrène en prison. 2018;33–52.
 63. Direction de l'administration Pénitentiaire. Statistique des établissements des personnes écrouées en France. 2019.
 64. Holmes T, Rahe R. Echelle de Holmes et Rahe sur les conséquences médicales de la survenance d' évènement générateurs de stress. 1970;
 65. Gravier B. Schizophrénie, psychose et prison. *La Lett la Schizophrénie*. 2001;(Psychiatrie et violence):2–8.
 66. Morgan DW, Edwards AC, Faulkner LR. The adaptation to prison by individuals with schizophrenia. *Bull Am Acad Psychiatry Law*. 1993;21(4):427–33.
 67. Nuechterlein KH, Dawson ME, Ventura J, Gitlin M, Subotnik KL, Snyder KS, et al. The

- vulnerability/stress model of schizophrenic relapse: a longitudinal study. *Acta Psychiatr Scand.* 1994;89:58–64.
68. Ventura J, Nuechterlein KH, Pederson Hardesty J, Gitlin M. Life events and schizophrenic relapse after withdrawal of medication. *Br J Psychiatry.* 1992;161(NOV.):615–20.
 69. Gajsak LR, Gelemanovic A, Kuzman MR, Puljak L. Impact of stress response in development of first-episode psychosis in schizophrenia: An overview of systematic reviews. *Psychiatr Danub.* 2017;29(1):14–23.
 70. Walker E, Mittal V, Tessner K. Stress and the Hypothalamic Pituitary Adrenal Axis in the Developmental Course of Schizophrenia. *Annu Rev Clin Psychol.* 2008;4(1):189–216.
 71. Chaumette B, Kebir O, Mam Lam Fook C, Bourgin J, Godsil BP, Gaillard R, et al. Stress et transition psychotique : revue de la littérature. *Encephale.* 2016;42(4):367–73.
 72. Alvarez-Jimenez M, Priede A, Hetrick SE, Bendall S, Killackey E, Parker AG, et al. Risk factors for relapse following treatment for first episode psychosis: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Schizophr Res.* 2012;139(1–3):116–28.
 73. Thomas P. Les rechutes: causes et conséquences. *Encephale.* 2013;39(SUPPL.2):S79–82.
 74. Gonzalez JMR, Connell NM. Mental health of prisoners: Identifying barriers to mental health treatment and medication continuity. *Am J Public Health.* 2014;104(12):2328–33.
 75. Zlodre J, Fazel S. All-cause and external mortality in released prisoners: Systematic review and meta-analysis. *Am J Public Health.* 2012;102(12):67–75.
 76. Verger P, Rotily M, Prudhomme J, Bird S. High Mortality Rates Among Inmates During the Year Following Their Discharge from a French Prison. *J Forensic Sci.* 2003;48(3):2002317.
 77. De Beaurepaire C. La vulnérabilité sociale et psychique des détenus et des sortants de prison. *Rev du MAUSS.* 2012;40(2):125–46.
 78. Ministère de la Justice. Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale [Internet]. [cited 2020 Jan 2]. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000728979>
 79. Ministère de la Justice. Circulaire du 8 décembre 1994 relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale [Internet]. [cited 2020 Jan 2]. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000368050&categorieLien=id>
 80. Guérin G. La santé en prison. Haute Autorité de Santé. 2003.
 81. Balier C. Psychanalyse des comportements violents [Internet]. Presses universitaires de France; 2002, 288 p.
 82. Juan F. Le dispositif de soins en santé mentale en milieu carcéral : Evolution et actualités. Thèse de Médecine. Faculté de médecine d'Angers; 2005, 330 p.
 83. Ministère de la Justice. Code de procédure pénale - Article D398 [Internet]. [cited 2020 Jan 5]. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006071154&idArticle=LEGIARTI000006516294&dateTexte=&categorieLien=cid>

84. Bertrand M, Fovet T, Amad A, Thomas P, Dalle M-C, Horn M, et al. Les soins psychiatriques sans consentement en milieu pénitentiaire sont-ils réservés aux patients « dangereux » ? *Encephale*. 2017;44(6):568–70.
85. Eyraud B, Velpry L, Doron CO, Lancelevée C, Litzler A, Protais C, et al. La création des UHSA : Une nouvelle régulation de l'enfermement ? *Deviance Soc*. 2015;39(4):429–53.
86. Marrow B, Secreted S, Protect C. From Handcuffs to Hallucinations: Prevalence and Psychosocial Correlates of Prior Incarcerations in an Urban, Predominantly African American Sample of Hospitalized Patients with First- Episode Psychosis. 2014;71(11):3831–40.
87. Amore M, Menchetti M, Tonti C, Scarlatti F, Lundgren E, Esposito W, et al. Predictors of violent behavior among acute psychiatric patients: Clinical study. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2008;62(3):247–55.
88. Mesu RC, Sauzeau D, Mugnier G, Fournis G, Garré JB, Gohier B. Le devenir des soins psychiatriques sans consentement : suivi à deux mois de 510 cas. *Ann Med Psychol (Paris)*. 2018;176(3):249–55.
89. MANZANERA C, SENON J. Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire : organisation, moyens, psychopathologies et réponses thérapeutiques. *Ann Médico-psychologiques, Rev Psychiatr*. 2004;162(8):686–99.
90. Risch C. 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. Thèse de Médecine. Faculté de médecine de Strasbourg; 2018, 200 p.

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 : JUMEAU né BOIREAU 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 Ullheim, le 30/04/20

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.