

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG  
FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

ANNÉE : 2021-2022

N° : 194

THÈSE  
PRESENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État

Spécialité : Psychiatrie

PAR

Jacob-Vestling Majken-Astrid

Née le 20/10/1995 à Rouen

---

**Projet SMPR-UDV à la Maison d'Arrêt de Strasbourg**

Quel est l'apport de la Psychiatrie dans la prise en charge des personnes Détenues

Violentes ?

---

Président de thèse : Pr Vidailhet Pierre, Professeur Universitaire - Praticien Hospitalier

Directeur de thèse : Dr Royer Thierry, Praticien Hospitalier

**FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET  
SCIENCES DE LA SANTÉ**

Edition FEVRIER 2022  
Année universitaire 2021-2022



- **Président de l'Université**
- **Doyen de la Faculté**
- **Premier Doyen de la Faculté**
- **Doyens honoraires :** (1976-1983)  
(1983-1989)  
(1989-1994)  
(1994-2001)  
(2001-2011)
- **Chargé de mission auprès du Doyen**
- **Responsable Administratif**

M. DENEKEN Michel  
M. SIBILIA Jean  
M. DERUELLE Philippe  
M. DORNER Marc  
M. MANTZ Jean-Marie  
M. VINCENDON Guy  
M. GERLINGER Pierre  
M. LUDÉS Bertrand  
M. VICENTE Gilbert  
M. STEEGMANN Geoffroy



HOPITAUX UNIVERSITAIRES  
DE STRASBOURG (HUS)  
**Directeur général : M. GALY Michaël**

**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)**

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe P0001	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif P0191	NRP0 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : <b>Gynécologie-Obstétrique</b>
ANDRES Emmanuel P0002	RP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Serv. de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	53.01 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu P0003	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
Mme ANTAL Maria Cristina M0003 / P0219	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Haute-pierre - Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
ARNAUD Laurent P0186	NRP0 NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe P0004	RP0 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	NRP0 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)
BAUMERT Thomas P0007	NRP0 CS	• Pôle Hépatito-digestif de l'Hôpital Civil - Institut de Recherche sur les Maladies virales et hépatiques/Fac	52.01 Gastro-entérologie ; <b>hépatologie</b> Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / P0170	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEUUX Rémy P0008	NRP0 CS	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales - Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Haute-pierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François P0009	NRP0 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice P0192	NRP0 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : <b>Psychiatrie d'Adultes</b>
BERTSCHY Gilles P0013	RP0 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume P0178	NRP0 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Haute-pierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal P0014	RP0 CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / HP	48.02 Réanimation ; <b>Médecine d'urgence</b> Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric P0213	NRP0 NCS	• Pôle de Gériatrie - Service Evaluation - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric P0187	NRP0 NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et maxillo-faciale / Hôpital Civil	50.04 <b>Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique</b> ; Brûlologie
BONNEMAINS Laurent M0099 / P0215	NRP0 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
BONNOMET François P0017	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan P0018	NRP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
BOURGIN Patrice P0020	NRP0 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie - Unité du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile P0022	NRP0 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CASTELAIN Vincent P0027	NRP0 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRP0 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 <b>Chirurgie vasculaire</b> ; médecine vasculaire Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0113 / P0172	NRP0 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre P0041	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier P0193	NRP0 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 <b>Anesthésiologie-Réanimation</b> ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie- Réanimation - Type clinique)
COLLONGUES Nicolas M0016 / P0220	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
CRIBIER Bernard P0045	NRP0 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Demato-Vénérologie
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RP0 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme P0057	NRP0 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôp. de Hautepierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian P0049	RP0 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	RP0 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Matthieu P0188	NRP0 NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRP0 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôp. Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
FAITOT François P0216	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu P0208	NRP0 NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01 <b>Hématologie</b> ; Transfusion Option : Hématologie
GALLIX Benoit P0214	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin P0062	RP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GARNON Julien P0221	NRP0 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRP0 NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
GENY Bernard P0064	NRP0 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick P0200	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 <b>Chirurgie vasculaire</b> ; médecine vasculaire/ Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe P0065	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard P0066	NRP0 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	NRP0 CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail/HC	46.02 Médecine et santé au travail Travail
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	RP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie M0114 / P0209	NRP0 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HIRSCH Edouard P0075	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRP0 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189	RP0 CS	• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 <b>Médecine Physique et Réadaptation</b>
JAUHAC Benoît P0078	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie-virologie</b> (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRP0 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	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges P0081	RP0 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau - Secteur Evaluation - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme KESSLER Laurence P0084	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Serv. d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie/ Méd B/HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRP6 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	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie II - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre P0175	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II)/HP	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	RP6 NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE-TONGIO Laurence P0202	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; <b>Addictologie</b> (Option : Addictologie)
LANG Hervé P0090	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUGEL Vincent P0092	RP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme LEJAY Anne M0102 / P0217	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardiovasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'Imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/ Hôpital de Hautepierre	42.01 <b>Anatomie</b>
LESSINGER Jean-Marc P0	RP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LBGS / NHC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Hautepierre	82.00 Sciences Biologiques de Pharmacie
LIPSKER Dan P0093	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénéréologie
LIVERNEAUX Philippe P0094	RP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôp. de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel P0203	NRP6 NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Oncologie médicale / ICANS	47.02 <b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARK Manuel P0098	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRP6 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	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 <b>Pneumologie</b> ; Addictologie
Mme MATHÉLIN Carole P0101	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie / ICANS	54.03 <b>Gynécologie-Obstétrique</b> ; Gynécologie Médicale
MALMIEUX Laurent P0102	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 <b>Hématologie</b> ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MENJARD Didier P0222	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
MERTES Paul-Michel P0104	RP6 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / NHC	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Alain M0093 / P0223	NRP6 NCS	• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MEYER Nicolas P0105	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôp. Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRP6 CS	• 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 - Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire- EA7295 / Fac	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 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges P0114	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; <b>Radiothérapie</b> Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric M0111 / P0218	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickael P0211	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick P0115	RP6 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 Hautepierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry P0205	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé / Faculté	48.05 Réanimation ; <b>Médecine d'urgence</b> Option : Médecine d'urgences

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRP6 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie Digestive
PETIT Thierry P0119	CDp	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 <b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier P0206	NRP6 NCS	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 <b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRP6 CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale/Hautepierre	48.01 <b>Anesthésiologie-réanimation</b> ; 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 Hautepierre	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 - Serv. d'Hépato-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / IGBMC	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
ROMAIN Benoît M0061 / P0224	NRP6 NCS	• 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 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ROUL Gérard P0129	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civi	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)
SAHANES Nicolas P0212	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 <b>Gynécologie-Obstétrique</b> ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
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 - Service de Santé Publique / 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	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
Mme SCHLUTH-BOLARD Caroline P0225	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
SCHNEIDER Francis P0144	NRP6 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 / HC	49.04 <b>Pédopsychiatrie</b> ; 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 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépato-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive/HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : <b>Hépatologie</b>
SIBILIA Jean P0146	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
STEPHAN Dominique P0150	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	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 / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRP6 NCS	• 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 / Faculté	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 CS	• 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 /Faculté	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Serv. de soins de suite et réadaptation gériatrique/Hôp.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

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
WOLF Philippe P0207	NRPô NCS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation</li> <li>- Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP</li> <li>- Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU</li> </ul>	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie P0001	NRPô CS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle Tête et Cou</li> <li>- Unité Neurovasculaire / Hôpital de Hautepierre</li> </ul>	49.01 Neurologie

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

\* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Cspi : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

Pô : Pôle RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chef de service) Dir : Directeur

(1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018

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

(5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019 (8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017

(6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017 (9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017

#### A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CALVEL Laurent	NRPô CS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO</li> <li>- Service de Soins palliatifs / NHC</li> </ul>	46.05 Médecine palliative
HABERSETZER François	CS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle Hépatodigestif</li> <li>- Service de Gastro-Entérologie - NHC</li> </ul>	52.01 Gastro-Entérologie
MIYAZAKI Toru		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Biologie</li> <li>- Laboratoire d'Immunologie Biologique / HC</li> </ul>	
SALVAT Eric	CS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle Tête-Cou</li> <li>- Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / HP</li> </ul>	

## 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
MO142			
AGIN Arnaud M0001		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTONI Delphine M0109		• Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; <b>Radiothérapie</b>
Mme AYMÉ-DIETRICH Estelle M0117		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 <b>Pharmacologie fondamentale</b> ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
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 Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
BOUSIGES Olivier M0092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme 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)
Mme BUND Caroline M0129		• Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
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 Hélène M0124		• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
CERAILINE Jocelyn M0012		• Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale Intégrative / IGBMC	47.02 <b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie (option biologique)
CHERRIER Thomas M0136		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
CHOQUET Philippe M0014		• Pôle d'Imagerie - UF6237 - Imagerie Préclinique / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CLERE-JEHL Raphaël M0137		• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme CORDEANU Elena Mihaela M0138		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim M0017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
DELHORME Jean-Baptiste M0130		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
DEVYS Didier M0019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme DINKELACKER Véra M0131		• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
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 / IGBMC	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
FELTEN Renaud M0139		• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Haute-pierre	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie
FILISSETTI Denis M0025	CS	• 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)
GANTNER Pierre M0132		• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie- <b>Virologie</b> ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- <b>Virologie</b> biologique
GIES Vincent M0140		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
GRILLON Antoine M0133		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie-virologie</b> (biologique)
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 Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice M0033		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS - Service de Biophysique et de Médecine Nucléaire / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
KASTNER Philippe M0089		• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	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 KRASNY-PACINI Agata M0134		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
Mme LAMOUR Valérie M0040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANINES Béatrice M0041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUJ Thomas M0042		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
HERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Haute-pierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER 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 Haute-pierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Serv. de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail/HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCREACH Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	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)
Mme PORTER Louise M0135		• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Haute-pierre	47.04 Génétique (type clinique)
PREVOST Gilles M0057		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie-virologie</b> (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 - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC - Service de Chirurgie / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme RIOU Marianne M0141		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie Générale et Spécialisée / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine M0121		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Haute-pierre	47.01 <b>Hématologie</b> ; transfusion (type mixte : Hématologie)
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / HC	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
SCHRAMM Frédéric M0068		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie-virologie</b> (biologique)
Mme SOLIS Morgane M0123		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Haute-pierre	45.01 <b>Bactériologie-Virologie</b> ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle M0069		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
Mme TALAGRAND-REBOUL Emilie M0142		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie-virologie</b> (biologique)
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 Pédiatrique / Hôpital Haute-pierre	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)
VALLAT Laurent M0074		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre	47.01 <b>Hématologie</b> ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie M0128		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie- <b>Virologie</b> ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- <b>Virologie</b> 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 Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joff rey M0077		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

## B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONA Christian P0166

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
Mr ZIMMER Alexis	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

---

**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)
Pre Ass. GROB-BERTHOU Anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015)
Pr Ass. GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013)
Pr Ass. HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013)
Pr Ass. ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014)

---

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

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
Dr LORENZO Mathieu		53.03 Médecine générale

---

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

Dre DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dre SANSELME Anne-Elisabeth		Médecine générale
Dr SCHMITT Yannick		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	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr DE MARCHI Martin	• Pôle Oncologie médico-chirurgicale et d'Hématologie - Service d'Oncologie Médicale / ICANS
Mme Dre GERARD Bénédicte	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre GOURIEUX Bénédicte	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Mme Dre LALLEMAN Lucie	• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - Permanence d'accès aux soins de santé - La Boussole (PASS)
Dr LEFEBVRE Nicolas	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	• Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	• Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Mme Dre PETIT Flore	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - UCSA
Dr PIRRELLO Olivier	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO
Dr REY David	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre RONDE OUSTEAU Cécile	• Pôle Locomax - Service de Chirurgie Séptique / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre RONGIERES Catherine	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Centre Clinico Biologique d'AMP / CMC
Dr TCHOMAKOV Dimitar	• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre WEISS Anne	• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - SAMU

## 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 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)
- o **pour trois ans** (1er septembre 2020 au 31 août 2023)
  - BELLOCQ Jean-Pierre (Service de Pathologie)
  - DANION Jean-Marie (Psychiatrie)
  - KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
  - KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)
- o **pour trois ans** (1er septembre 2021 au 31 août 2024)
  - DANION Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
  - DIEMUNSCH Pierre (Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale)
  - HERBRECHT Raoul (Hématologie)
  - STEIB Jean-Paul (Chirurgie du rachis)

## 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

Pr CHARRON Dominique	(2019-2020)
Pr KINTZ Pascal	(2019-2020)
Pr LAND Walter G.	(2019-2020)
Pr MAHE Antoine	(2019-2020)
Pr MASTELLI Antoine	(2019-2020)
Pr REIS Jacques	(2019-2020)
Pre RONGIERES Catherine	(2019-2020)

(\* 4 années au maximum)

## G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KUNTZMANN Francis (Généralie) / 01.09.07
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BALDAUF Jean-Jacques (Gynécologie-obstétrique) / 01.09.21	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BERTHEL Marc (Généralie) / 01.09.18	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17	MANDEL Jean-Louis (Généralie) / 01.09.16
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BOEHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20	MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
BOURIAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
BURSZTEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CHAUVIN Michel (Cardiologie) / 01.09.18	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
CHELLY Jameledine (Diagnostic génétique) / 01.09.20	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	PINGET Michel (Endocrinologie) / 01.09.19
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	POTTETTER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
DUCLÓS Bernard (Hépatogastro-Hépatologie) / 01.09.19	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa. Chir.) / 01.09.13	SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
GRUCKER Daniel (Institut de Physique Biologique) / 01.09.21	STOLL Claude (Généralie) / 01.09.09
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
JACQUIN Didier (Urologie) / 09.08.17	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 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	WATTIEZ Arnaud (Gynécologie Obstétrique) / 01.09.21
KREMER Michel / 01.05.98	WIHLM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96

### 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 Graff enstaden 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 A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER



## SERMENT D'HIPPOCRATE

« **A**u moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

A Annie et Viggo.

Merci Thierry pour tes conseils dans la rédaction de cette thèse et dans ma formation clinique.

Merci à Monsieur GRAS et aux membres du personnel de l'UDV pour leur accueil.

Merci à mes parents pour leur soutien sans faille et l'opportunité de poursuivre une carrière de vocation.

## Table des matières

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>18</b>
<b>I. QU'EST-CE QU'UNE « PERSONNE DETENUE VIOLENTE » ? .....</b>	<b>20</b>
I.A. DEFINIR LA VIOLENCE EN PRISON .....	20
I.A.1. <i>La violence : concept lexical ou social ?</i> .....	20
I.A.2. <i>La violence : concept de santé publique ou débat d'experts ?</i> .....	22
I.A.3. <i>Dangerosité ou risque de violence ?</i> .....	24
I.A.4. <i>Synthèse</i> .....	27
I.B. VIOLENCE CRIMINOLOGIQUE EN PRISON .....	28
I.B.1. <i>Evaluer le risque criminologique de violence en détention</i> .....	29
I.B.1.a. Principes et critiques de l'approche actuarielle de la violence .....	29
I.B.1.b. Adaptation du modèle écologique de la violence au milieu carcéral .....	33
I.B.2. <i>Statistiques des facteurs de risque de violence criminologique en population carcérale</i> .....	38
I.B.3. <i>Spécificités de la violence criminologique en détention</i> .....	42
I.B.3.a. Le concept de rétroaction .....	43
I.B.3.b. Facteurs favorisants relationnels .....	48
I.B.3.c. Facteurs favorisants temporels .....	54
I.B.4. <i>Synthèse : personne détenue violente par violence criminologique</i> .....	55
I.C. VIOLENCE PSYCHIATRIQUE EN PRISON .....	56
I.C.1. <i>Statistiques des troubles psychiatriques en population carcérale</i> .....	57
I.C.2. <i>Nature de la violence psychiatrique en détention</i> .....	61
I.C.2.a. Choc carcéral .....	62
I.C.2.b. Crise suicidaire et équivalents suicidaires .....	63
I.C.2.c. Raptus anxieux .....	65
I.C.2.d. Episode psychotique aigu .....	66
I.C.2.e. Sevrage .....	68
I.C.3. <i>Clinique de « l'agir »</i> .....	70
I.C.3.a. La clinique de « l'agir » .....	70
I.C.3.b. Cas particulier du Trouble Déficit de l'Attention avec/sans Hyperactivité .....	71
I.C.4. <i>Indications de prise en charge psychiatrique ambulatoire en détention</i> .....	73
I.C.5. <i>Synthèse : personne détenue violente par violence psychiatrique</i> .....	75

I.D. DEFINITION DE LA PERSONNE DETENUE VIOLENTE .....	75
<b>II. UNITES POUR PERSONNES DETENUES VIOLENTES.....</b>	<b>76</b>
II.A. CONTEXTE DE CREATION DES UNITES POUR PERSONNES DETENUES VIOLENTES.....	76
<i>II.A.1. Cadre et recueil d'informations</i> .....	76
II.A.1.a. Formation des agents.....	77
II.A.1.b. Commission pluridisciplinaire unique (CPU).....	77
II.A.1.c. Gestion nationale des personnes détenues en établissement pénitentiaire (Genesis) .....	78
<i>II.A.2. Prévention primaire</i> .....	80
II.A.2.a. Activités en détention .....	80
II.A.2.b. Quartier Arrivant.....	81
<i>II.A.3. Prévention secondaire</i> .....	81
II.A.3.a. Signalements et Mesures de surveillance complémentaires.....	82
II.A.3.b. Compte-rendu d'incident (CRI) .....	82
<i>II.A.4. Prévention tertiaire</i> .....	84
II.A.4.a. Violences interpersonnelles accessibles à une sanction disciplinaire .....	84
II.A.4.b. Quartier Disciplinaire (QD).....	85
<i>II.A.5. Synthèse</i> .....	86
II.B. DEFINIR LES UNITES POUR PERSONNES DETENUES VIOLENTES (UDV) .....	86
<i>II.B.1. Définition théorique des Unités pour personnes Détenues Violentes</i> .....	86
II.B.1.a. Population ciblée.....	87
II.B.1.b. Spécificités des conditions de détention en Unité pour personnes détenues violentes .....	88
II.B.1.c. Procédure d'affectation.....	89
<i>II.B.2. Pratique de l'Unité pour personnes Détenues Violentes à la maison d'arrêt de Strasbourg</i> .....	92
II.B.2.a. Retour par le personnel de direction .....	92
II.B.2.b. Retour par le personnel de surveillance .....	94
<i>II.B.3. Limites des Unités pour personnes Détenues Violentes</i> .....	99
<b>III. PROJET SMPR-UDV A LA MAISON D'ARRET DE STRASBOURG.....</b>	<b>101</b>
III.A. RESUME DE L'OFFRE DE SOIN PSYCHIATRIQUE A LA MAISON D'ARRET DE STRASBOURG .....	101
<i>III.A.1. Cadre de soin</i> .....	101

III.A.1.a. Cadre réglementaire .....	101
III.A.1.b. Stigmatisation de la santé mentale en milieu carcéral .....	103
III.A.1.c. Secret médical en milieu carcéral.....	105
III.A.1.d. Consentement aux soins.....	107
III.A.1.e. Limites du cadre de soin en milieu carcéral.....	107
<i>III.A.2. Soins psychiatriques de niveau 1 à la maison d'arrêt de Strasbourg .....</i>	<i>108</i>
III.A.2.a Prises en charge individuelles à la maison d'arrêt de Strasbourg.....	109
III.A.2.b. Ateliers thérapeutiques .....	109
<i>III.A.3. Soins psychiatriques de niveau 2 à la maison d'arrêt de Strasbourg .....</i>	<i>110</i>
<i>III.A.4. Soins psychiatriques de niveau 3 à la maison d'arrêt de Strasbourg .....</i>	<i>111</i>
III.B. PROJET SMPR-UDV A LA MAISON D'ARRET DE STRASBOURG.....	112
III.C. REFLEXIONS ETHIQUES.....	113
<i>III.C.1. Niveaux de représentations sociales et projet SMPR-UDV .....</i>	<i>113</i>
III.C.1.a. Stigmatisation du sujet détenu et violent .....	114
III.C.1.b. Projet SMPR-UDV : la question du clivage .....	116
<i>III.C.2. Projet SMPR-UDV : Réinsertion ou Réhabilitation psychosociale ? .....</i>	<i>119</i>
<i>III.C.3. Projet SMPR-UDV et économie de la Santé .....</i>	<i>121</i>
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>124</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>131</b>
 <b>Annexes</b>	
<u>ANNEXE 1</u> : VRAG (Violence Risk Appraisal Guide) de Quinsey et al., 2006.....	128
<u>ANNEXE 2</u> : Sanctions disciplinaire encourues par le sujet détenu majeur.....	130
 <b>Illustrations</b>	
FIGURE 1. MODELE ECOLOGIQUE DE LA VIOLENCE CRIMINOLOGIQUE .....	34
FIGURE 2 REPRESENTATION SCHEMATIQUE DE LA THEORIE BI-MNESIQUE SELON PHILIPPOT .....	44
Tableau 1 : Facteurs de risque de violence criminologique en milieu carcéral.....	35
TABLEAU 2: POURCENTAGE DES PERSONNES DETENUES SELON LA CATEGORIE D'INFRACTION PRINCIPALE AU 1 <sup>ER</sup> JANVIER 2020.....	38



TABLEAU 3 COMPARAISON DES CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES ENTRE POPULATION ECROUEE EN FRANCE AU 1 <sup>ER</sup> JANVIER 2020 ET POPULATION GENERALE EN FRANCE SELON LES DONNEES LES PLUS RECENTES. ....	39
TABLEAU 4 PREVALENCE DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES LES PLUS FREQUENTS EN DETENTION EN FRANCE DIAGNOSTIQUES SELON LE MINI : DANS LES 72 PREMIERES HEURES DE DETENTION (DETENUS ENTRANTS), AU COURS DE LA DETENTION (POPULATION CARCERALE) ET EN POPULATION GENERALE.....	58
TABLEAU 5 SYMPTOMES PSYCHIQUES DE SEVRAGE ET DELAI D'APPARITION EN FONCTION DE LA SUBSTANCE CONSOMMEE .....	69
TABLEAU 6 CRITERES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION A UNE AFFECTATION EN UNITE POUR PERSONNES DETENUES VIOLENTES A LA MAISON D'ARRET DE STRASBOURG.....	87
TABLEAU 7 PERSONNEL PENITENTIAIRE TRAVAILLANT EN UDV <sup>1</sup> .....	91
TABLEAU 8 CRITERES D'ADMISSIBILITE ET CONTRE-INDICATIONS A L'HEBERGEMENT THERAPEUTIQUE A LA MAISON D'ARRET DE STRASBOURG .....	111

## Introduction

De façon collective et malgré nous, nous associons souvent la « *violence* » à la « *folie* ». Ce lien se retrouve autant dans notre langage courant : « *être fou de rage* », que dans notre volonté à aborder les passages à l'acte d'une violence inédite comme l'œuvre d'un « *déséquilibré mental* »<sup>[1]</sup>.

Si l'on estime que le risque de passage à l'acte violent chez une personne souffrant d'un trouble mental sévère est plus important que celui de la population générale, seuls 3 à 5 % des actes de violence, tous types confondus, seraient dûs à des personnes présentant un trouble mental. De plus, ces mêmes sujets présenteraient 7 à 17 fois plus de risque d'être victime de violence<sup>[2]</sup>.

Malgré la faible proportion de passages à l'acte imputés à des sujets souffrants de troubles mentaux, il y aurait selon certaines estimations 4 à 10 fois plus de troubles mentaux en population carcérale qu'en milieu libre<sup>[3]</sup>.

Les troubles mentaux en population carcérale sont en constante augmentation dans les pays industrialisés<sup>[4]</sup> et il est à prévoir la poursuite de cette augmentation en France au vu des jurisprudences ou des décrets récents (affaire Halimi portée en cassation<sup>[5]</sup>, responsabilité pénale systématique en cas de rupture thérapeutique<sup>[6]</sup>).

La prison est un lieu de privation de liberté centré autour du rappel à la Loi, où le soin est secondaire et parfois perçu comme un privilège. D'un point de vue réglementaire, la violence y est donc contenue par une escalade de mesures coercitives, dont les Unités pour Détenus Violents sont depuis 2019 l'exemple le plus récent. Pensées uniquement en termes de violence criminologique, ces mesures n'intègrent pas de prise en soins systématique.

Dans le cadre de la Loi pour la confiance dans l'institution judiciaire du 22 décembre 2021, nombre d'articles du Code de Procédure Pénale se référant à l'organisation des conditions de détention ont été abrogés<sup>[7]</sup>. Depuis le 1<sup>er</sup> mai 2022, le cadre carcéral est fondé par le Code Pénitentiaire apportant une nouveauté concernant les Unité pour Détenus Violents, désormais nommées Unités pour personnes Détenues Violentes (UDV).

Bien qu'au regard de la Loi, il ne soit prévu aucune intervention sanitaire systématique en Unités pour personnes Détenues Violentes (UDV), il est apparu de façon empirique un recours croissant aux demandes d'évaluation psychiatrique des sujets placés en UDV à la maison d'arrêt de Strasbourg.

Cette expérience de l'UDV a donc fait émerger l'idée d'un projet commun, le projet SMPR-UDV.

Au travers de cette thèse, nous allons nous intéresser au contexte de création du projet SMPR-UDV avec la problématique suivante : déterminer l'apport de la Psychiatrie dans la prise en charge des sujets placés en Unités pour personnes Détenues Violentes.

Nous définirons d'abord ce qu'est une « personne détenue violente », nous aborderons ensuite la définition des Unités pour personnes Détenues Violents (UDV) et enfin nous caractériserons ce qu'est le projet SMPR-UDV.

## I. Qu'est-ce qu'une « personne détenue violente » ?

### I.A. Définir la violence en prison

Définir la violence est un exercice complexe, tant il existe de manières de l'aborder. Notre perception de la violence est sans cesse modifiée par l'évolution des normes sociales et varie selon la finalité des travaux qui y sont consacrés (de l'abord descriptif à l'approche interventionnelle).

Définir la violence en prison représente l'enjeu supplémentaire de définir le risque de violence, du fait de l'objectif sécuritaire des protocoles appliqués en détention.

#### I.A.1. La violence : concept lexical ou social ?

**Violence** « *Force exercée par une personne ou un groupe de personnes pour soumettre, contraindre quelqu'un ou pour obtenir quelque chose [...]* »

**Violences** « *Acte(s) d'agression commis volontairement à l'encontre d'autrui, sur son corps ou sur ses biens. [...]* »

Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales <sup>[8]</sup>

Pour le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL), la violence est un vecteur qui s'exerce entre deux sujets : celui qui la commet (auteur) et celui qui la subit (victime). Il s'agit d'une force brutale et volontaire, porteuse de sens puisque intentionnelle. Si cette définition est conforme à l'usage courant que nous faisons du mot « violence », elle présente plusieurs inconvénients théoriques.

D'une part, elle situe la volonté au centre de la définition de la violence. L'intention, littéralement l'action dirigée dans un but, serait donc nécessaire pour parler de violence, excluant par exemple tout état d'agitation psychomotrice<sup>1</sup>.

D'autre part, elle ne tient pas compte de l'influence du cadre culturel où s'exerce la violence et dont dépend la « violence en prison » (la privation de liberté étant une réponse sociale à un comportement donné).

L'usage de la force est une action neutre si elle n'est pas intégrée dans un référentiel commun, c'est-à-dire des normes sociales. C'est ce que souligne le sociologue Michaud en écrivant que le fait de ne pas voir la violence participe autant à sa définition que les faits de violence.

Pour Mandela la violence s'oppose au sentiment de sécurité, lui-même défini collectivement et sans lequel on parle de « culture de la violence ». Or, dans notre société, la sécurité d'autrui est garantie par un cadre légal. La violence transgresse la Loi.

La violence au sens judiciaire bénéficie d'une jurisprudence. Il s'agit d'un acte provoquant un trouble physique ou moral, dommageable pour la personne qui en est victime ou pour ses biens <sup>[9]</sup> et passible de poursuites judiciaires.

Néanmoins, en ne se basant que sur la Loi, il deviendrait infondé de qualifier de violent les actes commis en dehors de notre juridiction, comme nous le montre Mandela par deux exemples : le viol et le suicide.

*« Dans certains pays, les jeunes filles ou les femmes qui ont été violées ne sont pas protégées par la loi, mais elles peuvent être tuées par leurs proches pour sauver l'honneur de la famille ou bien être forcées d'épouser le violeur pour légaliser la relation sexuelle. [...] ».*

*« Dans certains pays, le comportement suicidaire est un délit pénal sanctionné par la loi. [...] ».*

Mandela N., Dans Rapport mondial sur la violence et la santé <sup>[10]</sup>

<sup>1</sup> Agitation psychomotrice : trouble du comportement caractérisé par une exagération et/ou une anomalie de l'activité psychomotrice.

Il nous faut donc élargir notre définition au-delà de l'abord sociologique.

I.A.2. La violence : concept de santé publique ou débat d'experts ?

**Violence** « Usage délibéré ou la menace d'usage délibéré de la force physique ou de la puissance, contre soi-même, contre une autre personne ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fort d'entraîner un traumatisme, un décès, un dommage moral, un mal-développement ou une carence. »

Organisation Mondiale de la Santé, Rapport mondial sur la violence et la santé <sup>[10]</sup>

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) apporte plusieurs éléments fondamentaux à la compréhension des phénomènes violents.

D'une part, la violence ne serait pas seulement dans l'agir (force) mais également dans l'emprise exercée sur une victime (puissance). De plus, la violence résiderait autant dans son exécution (usage) que dans son appréhension (menace). Selon l'OMS, la violence est définie par ses conséquences (réelles ou virtuelles) sur autrui (traumatisme physique ou psychique, décès, mal-développement, carence).

Il persiste néanmoins, une ambiguïté sur le sens donné à l'acte violent. Le terme « délibéré » ne signifie pas nécessairement qu'il existe une intention, mais suppose que la violence est toujours volontaire. Or, la question de la volonté de l'acte est proche de celle du discernement<sup>2</sup> dont la détermination est au cœur de l'exercice expertal psychiatrique.

---

<sup>2</sup> Discernement : capacité du sujet de comprendre, avec justesse et clairvoyance, la valeur juridique et morale des faits au moment du passage à l'acte, et également d'adapter son comportement en conséquence.

L'état de discernement est une interprétation médico-légale du lien entre l'état mental du sujet au moment des faits et l'infraction commise. Le discernement repose notamment sur les capacités d'inhibition (motrice ou verbale), les capacités de planification, la fluidité mentale, les capacités attentionnelles du sujet... chacune pouvant être altérée par un trouble psychique ou neuropsychique.

Conclure à l'abolition du discernement d'un sujet ne permet pas de requalifier l'infraction commise pour autant. Il est donc possible d'être auteur de violence sans avoir fait délibérément l'usage de la force ou de la puissance.

D'autre part, l'OMS propose de classer les actes de violence selon trois catégories : la violence dirigée contre soi-même, la violence interpersonnelle et la violence collective.

La violence dirigée contre soi-même est la violence qu'un individu s'inflige à lui-même. Elle comprend tous les comportements suicidaires : idéation suicidaire, équivalents suicidaires<sup>3</sup>, tentative de suicide, suicide.

La violence interpersonnelle comprend la violence familiale (entre membres d'une famille ou proches) et la violence communautaire (entre individus sans lien de parenté). Elle inclut donc par exemple les agressions (à caractère sexuel ou non), la maltraitance, la violence sur conjoint ou encore la violence en milieu institutionnel.

La violence collective est l'utilisation de la violence par un groupe contre un autre groupe d'individus, dans un but politique, économique ou social. Cette catégorie rend compte des conflits armés autant que du crime organisé.

---

<sup>3</sup> Équivalent suicidaire : Conduite dangereuse souvent répétitive, exprimant symboliquement un désir de mort, mais dont le sujet dénie le risque ou la finalité (scarifications, prises de risques...)

Lorsque l'on parle de « violence en prison », on met facilement en évidence les trois catégories avancées par l'OMS. Mais dans le langage pénitentiaire, la violence est davantage associée à une gestion de risque que cette définition seule ne nous permet pas d'apprécier.

### I.A.3. Dangerosité ou risque de violence ?

*« [...] Les personnes détenues majeures qui présentent des antécédents de violences ou un risque de passage à l'acte violent, ou ont commis des violences en détention peuvent être placées au sein d'une unité pour personnes détenues violentes si leur comportement porte ou est susceptible de porter atteinte au maintien du bon ordre de l'établissement ou à la sécurité publique. »*

Art. R224-1 du Code Pénitentiaire <sup>[11]</sup>

Dans le langage pénal, la personne détenue violente est celle qui présente un risque de porter atteinte au maintien de l'ordre ou de la sécurité de l'établissement pénitentiaire, par ses antécédents violents ou par le risque de passage à l'acte violent <sup>[11]</sup>. Apprécier la violence en prison semble donc indissociable de la notion de danger.

Si initialement le mot « danger » désignait le « pouvoir » et la « domination », il a pris aujourd'hui le sens de « péril ». Le danger est la possibilité pour un auteur potentiel d'exercer son pouvoir sur une victime potentielle par la violence <sup>[12]</sup>. Qualifier un individu de « dangereux » suppose donc notre habilité à prédire son potentiel violent, exercice en lien étroit avec la définition psychodynamique de la violence.

*« [...] L'instinct violent naturel n'est ni bon ni mauvais en lui-même [...] Le rôle de la violence instinctuelle n'est pas d'attaquer l'autre et surtout pas par plaisir. Il s'agit fondamentalement de protéger l'existence et l'intégrité narcissique du sujet, quitte secondairement et par simple voie de conséquence à porter atteinte à l'autre [...]. »*

Bergeret J., Dans Criminologie et psychiatrie <sup>[13]</sup>



La définition psychodynamique de la violence s'oppose à celle de l'OMS par l'idée que l'usage de la force ne serait pas « délibéré » mais « instinctuel ». La violence serait un mécanisme de défense universel.

Dans un fonctionnement psychique sain, la violence instinctuelle s'intégrerait habituellement dans un courant de pulsions de nature sexuelle et viendrait renforcer les dynamismes d'amour et de créativité, nous préservant ainsi d'être perçu comme une menace

Au contraire, l'usage délibéré de la force serait le propre de l'agressivité et serait le résultat d'une érotisation de la violence par la libido sexuelle <sup>[13]</sup>.

Mais ne pas refreiner ses instincts ne signifie pas nécessairement que ceux-ci soient érotisés. En effet, l'inhibition volontaire suppose des capacités intègres de jugement et de conformité aux normes sociales, faisant défaut dans le cas des troubles du comportement<sup>4</sup>.

Les troubles du comportement peuvent être à l'origine de violence sans agressivité par défaut d'intégration ou par abolition de certaines fonctions cognitives (fonctions exécutives, attention, mémoire, langage, orientation...).

Cette dangerosité double, par érotisation de la violence ou par absence de frein à nos pulsions de violence, a été décrite par Borstein sous les termes de dangerosité sociale, dite criminologique, et de dangerosité médico-légale, dite psychiatrique <sup>[14]</sup>.

Si cette approche synthétise le mieux l'idée de risque de violence et donc « violence en prison », elle est malheureusement à l'origine d'une scission historique entre la justice et la médecine dans la prévention des actes de violence et l'évaluation de la dangerosité.

**Etat dangereux** « *La probabilité la plus manifeste qu'un sujet a de devenir auteur de délits ou de commettre de nouvelles infractions.* »

Citation de Jimenez de Asua, par Koupernik C., Dans Criminologie et psychiatrie <sup>[15]</sup>

<sup>4</sup> Trouble du comportement : Action - ou ensemble d'actions - inadaptée à la norme sociale ou développementale attendue pour le sujet et préjudiciable à son intégrité physique ou psychique.

« [...] Quand il porte un **diagnostic de dangerosité**, sans autre précision, le psychiatre exprime trois affirmations : le sujet examiné présente certaines particularités. Ces particularités sont associées à une probabilité de comportement violent. La probabilité de comportement violent est assez forte pour justifier de mesures préventives. »

En référence à Monahan et Wexler, par Koupernik C., Dans Criminologie et psychiatrie <sup>[15]</sup>

Le concept d'« état dangereux » trouve son origine à la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle dans la description de « *L'homme criminel* » du médecin légiste italien Lombroso, fondateur de l'École Italienne de Criminologie. Ces termes sont repris par le domaine judiciaire dès 1920 par le juriste espagnol De Asua qui donnera la première définition de l'état dangereux en termes de « probabilité », et donc de risque statistique.

Il sera ensuite demandé à des experts psychiatres et psychologues de se prononcer sur la dangerosité de sujets, afin de venir en aide à la justice lors de son délibéré. En 1978, Monahan et Wexler proposent une définition peu contraignante du « diagnostic de dangerosité », dont le fondement serait l'existence de « particularités » chez le sujet. Et bien que d'ordre psychique, la reconnaissance de ces particularités ne serait pas à l'origine d'une prise en charge médicale ou psychologique, mais motiverait l'application de mesures préventives judiciaires.

Entre 1981 et 1996, Monahan, psychologue et professeur de droit américain, poursuit ses travaux sur la question de l'évaluation de la dangerosité et plus particulièrement sur la fiabilité de l'expertise psychiatrique et psychologique dans ce domaine. Selon ses conclusions, la prédiction de la dangerosité par l'expertise psychiatrique et psychologique ne serait fiable que dans un tiers des cas, les deux tiers restants reflétant une surestimation du risque de passage à l'acte.

A la fin du XX<sup>ème</sup> siècle, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) finance de nouvelles études portant sur la question de la fiabilité inter-juge dans l'évaluation de la dangerosité par des experts psychiatres ou psychologues. Le résultat de ces études semble de nouveau éloigner le concept de dangerosité du champ de la psychiatrie du fait d'une faible fiabilité inter-juge <sup>[15, 16]</sup>.

*« Leur [OMS] conclusion, malgré les biais méthodologiques importants, est qu'il n'y a pas de critères scientifiques de prédiction de la dangerosité, et que le psychiatre n'est pas le mieux placé pour porter un pronostic de la dangerosité d'un individu ».*

A propos de l'OMS, par Koupernik C., Dans Criminologie et psychiatrie <sup>[15]</sup>

Dans les années 90, suivant l'exemple des Etats-Unis, de nombreux pays substituent la description subjective ou clinique que représentait l'état dangereux, par un langage statistique supposé plus scientifique <sup>[17]</sup>. La dangerosité, comme particularité justifiant la mise en place de mesures préventives, est alors perçue comme peu scientifique et potentiellement, comme une atteinte à la liberté des personnes du fait de sa surestimation <sup>[18]</sup>. C'est à cette période que le « risque de violence » remplace le terme de « dangerosité » dont le sens devient moral.

La « dangerosité » et le « risque de violence » s'intéressent tous deux à la probabilité du sujet de passer à l'acte violent. L'utilisation de ces deux termes fait état de l'existence de deux paradigmes quant à son évaluation, l'un porté sur le fonctionnement psychique de l'auteur de violence (évaluation psychiatrique et psychologique), l'autre porté sur des facteurs de risque objectifs de récurrence (évaluation actuarielle), ayant tous deux leur place dans l'évaluation de la violence en prison.

#### I.A.4. Synthèse

Afin de rendre compte au mieux de la violence en milieu carcéral nous pouvons synthétiser la définition de la violence de la manière suivante :

- **La violence** est l'utilisation de la force, physique ou morale, contre soi-même, contre autrui ou contre un groupe d'individus, entraînant ou risquant d'entraîner un dommage, permanent ou

transitoire (traumatisme physique, traumatisme psychique, mal-développement, carence, décès).

- **La violence criminologique** est le fait de recourir à la violence de façon délibérée et/ou intentionnelle.
- **La violence psychiatrique** est le fait de recourir à la violence par défaut d'intégration et/ou abolition des fonctions cognitives, transitoire ou permanente.
- **Le risque de violence** est la probabilité pour un individu de recourir à la violence.
- **Le risque criminologique de violence** est la probabilité pour un individu de recourir à la violence criminologique
- **Le risque psychiatrique de violence** est la probabilité pour un individu de recourir à la violence psychiatrique
- **Le risque résiduel de violence, ou risque de récurrence**, est la probabilité pour un individu étant déjà passé à l'acte violent de recourir à nouveau à la violence.

Pour comprendre la prise en charge actuelle de la violence en prison, il convient à présent d'approfondir la question de la violence criminologique ou psychiatrique en milieu carcéral.

### **I.B. Violence criminologique en prison**

De nos jours, on perçoit le passage à l'acte par violence criminologique comme une faillite des systèmes de prévention. La violence serait ainsi toujours évitable, à condition que son risque soit justement mesuré et pris en charge.

Selon ce modèle, la violence criminologique en détention n'interviendrait qu'au terme de multiples défaillances du système de prévention dont il existe trois niveaux.

La prévention primaire de la violence criminologique s'effectue par la lutte contre les facteurs de risque de violence essentiellement en milieu ouvert.

La prévention secondaire correspond à la reconnaissance des facteurs de risque déjà présents chez le sujet détenu et leur prise en charge avant le passage à l'acte.

La prévention tertiaire est la lutte active contre la récidive violente.

En milieu carcéral, l'évaluation objective et fiable du risque criminologique est un idéal dont les enjeux sont mis en évidence dans le rapport de la commission Santé-Justice de 2005 <sup>[19]</sup> : prévenir le risque d'agression (envers les codétenus et le personnel pénitentiaire), prévenir le risque de trafic et le risque de violence associé, prévenir la récidive et prévenir le passage à l'acte auto-agressif.

La violence criminologique en prison, avant d'être un « agir », est donc un potentiel qui s'impose à tous les intervenants en milieu carcéral et qui, en fonction du paradigme dans lequel nous nous positionnons, prendra tantôt la forme de valeurs actuarielles, tantôt celle d'un système dynamique.

Dans cette sous-partie, nous verrons quels sont les outils d'évaluation du risque de violence criminologique en détention et quelles sont les situations à risques de violence criminologique en détention, afin d'approfondir la définition de la « personne détenue violente ».

### I.B.1. Evaluer le risque criminologique de violence en détention

#### *I.B.1.a. Principes et critiques de l'approche actuarielle de la violence*

Avec l'abandon du concept de dangerosité en faveur d'une approche scientifique de la violence, Feeley et Simon lancent aux Etats-Unis la « new penology », ou « nouvelle pénologie », pour laquelle l'évaluation du risque de violence ne vise plus à prendre en charge le sujet mais plutôt son risque de récidive <sup>[16]</sup>. Ce mouvement est à l'origine de la multiplication d'outils statistiques de

prédiction de la violence, sous forme de scores et grilles de cotation type VRAG (Violence Risk Appraisal Guide) [annexe 1], avec parfois des conséquences judiciaires.

« [...] En Grande-Bretagne, les “high-risk or high-risk rate” offenders [...] font l’objet d’un traitement pénal particulier en dehors même de leur psychopathologie »

En référence à Voruz *et al.*, Senon J.L., Dangerosité criminologique [16]

Le VRAG présente une importance historique, s’agissant de l’une des premières échelles actuarielles de prédiction de la violence, mais également une importance scientifique, du fait de nombreuses validations au sein de différentes sous-populations <sup>[20]</sup>. Ses critères sont de cinq types : démographique, biographique, judiciaire, psychiatrique et victimel<sup>5</sup>, rassemblés en douze items, pour un score de –24 (risque faible de violence) à +32 (risque élevé de violence) [annexe 1].

La validité du VRAG en population carcérale a été évaluée en 2011 par Hastings *et al.* dans leur étude portant sur la valeur prédictive et le service rendu des échelles actuarielles en prison <sup>[20]</sup>.

Leur première conclusion porte sur une différence inter-genre. En accord avec de précédentes études, Hastings *et al.* ont pu démontrer une efficacité modérée du VRAG dans la prédictibilité des mauvaises conduites en détention et la récidive à un an, ainsi qu’une forte prédiction des violences physiques, chez l’homme incarcéré. Pour les femmes incarcérées, certains critères du VRAG avaient une valeur prédictive nulle, voire inversement proportionnelle au risque de violence.

C’est le cas, par exemple, de l’item numéro quatre portant sur le statut marital du sujet.

Chez la femme, le fait de n’avoir jamais été mariée ne serait pas corrélé à une augmentation du risque de violence. Un facteur explicatif proposé par cette étude serait que, chez la femme

---

<sup>5</sup> Le terme « victimel » désigne les facteurs de risque de récidive criminelle associés à la victime d’un passage à l’acte et non pas à son auteur. Ce néologisme est employé pour la première fois en 1956 par Benjamin Mendelsohn, considéré aujourd’hui comme le père de la « victimologie ». <sup>[21]</sup>

incarcérée, le risque de violence serait davantage lié au mode de relation entre conjoint qu'au seul fait d'être ou non en couple.

C'est également le cas de l'item numéro neuf, portant sur l'absence de victime féminine qui aurait une relation inverse avec le risque de violence chez la femme incarcérée.

Leur seconde conclusion énonce que certains items pris individuellement n'auraient pas de corrélation avec le risque de violence, laissant à penser que la validité du score en général ne tient en réalité qu'à un nombre limité d'items. Selon Hastings, l'existence d'un trouble psychotique (item numéro onze) serait associée à un faible risque de passage à l'acte violent en population carcérale. Néanmoins la faible proportion de détenus avec diagnostic de schizophrénie dans cette étude représente un biais de sélection.

Au-delà de cette étude, nous observons que les critères relationnels et comportementaux du VRAG (items deux à six : inadaptation scolaire, antécédents d'abus d'alcool, célibat, antécédents délictueux, manquement à une probation antérieure) posent la question d'un biais d'interprétation. En effet, il s'agit de critères frontières entre criminologie et psychopathologie, pouvant être à la fois le résultat d'un mépris pour la loi et pour autrui, ou celui d'une impulsivité excessive.

Dans le cas d'un mépris persistant pour les droits d'autrui, la multiplicité des actes délictueux est fréquente et fait partie intégrante des critères diagnostics du trouble de personnalité antisociale pouvant à lui seul expliquer l'ensemble des items deux à six du VRAG <sup>[22]</sup>. Néanmoins, l'impulsivité excessive, telle que rencontrée dans le trouble de personnalité borderline <sup>[23]</sup>, représente un diagnostic différentiel important, sans posséder la même valeur prédictive. En effet, une impulsion étant une tendance impérieuse, échappant au contrôle du sujet, à exécuter des actes pour décharger un état de tension interne <sup>[24]</sup>, elle est par définition imprévisible.

La positivité des critères deux à six seraient donc un argument devant conduire à une évaluation psychologique mais ne permettrait pas à elle seule de préjuger du risque de passage à l'acte.

Comme le souligne Pouget <sup>[12]</sup>, avoir été qualifié de « dangereux » ne signifie pas qu'on le soit encore, mais donne l'indication qu'on est capable de l'être. Il s'agirait donc davantage d'un outil de dépistage que d'une échelle quantitative du risque de violence.

Pour le rapport de la commission Santé-Justice de 2005 <sup>[19]</sup>, la valeur prédictive d'un antécédent délictuel n'est pas la même en milieu carcéral qu'en milieu ouvert. D'une part, la nature de l'acte violent en milieu carcéral peut différer des délits commis en milieu ouvert. D'autre part, l'absence de mesure disciplinaire en milieu carcéral n'est pas synonyme d'absence de risque de récidive en milieu ouvert ou fermé, et inversement.

Ces observations rejoignent les constatations de Millaud <sup>[25]</sup>, qui affirme que la principale limite des échelles actuarielles est qu'elles ne permettent pas de prédire la nature ou la gravité du passage à l'acte potentiel.

A la marge, les critères victimels du VRAG (items huit et neuf) cotent inefficacement certains types d'infraction.

C'est le cas par exemple du matricide (coté dans le VRAG comme victime de sexe féminin, décédée) à fort risque d'un nouveau passage à l'acte violent selon le VRAG, mais dont le risque de passage à l'acte sur le même mode est nul.

Contrairement à une tentative d'homicide sur un pair (victime de sexe masculin, guérie et rentrée à domicile), à plus faible risque de récidive violente selon le VRAG, mais qui selon les circonstances pourra être associé à un risque résiduel de passage à l'acte.

Enfin, de par les critères inhérents au diagnostic de trouble de personnalité borderline ou antisocial, les items dix et douze (trouble de personnalité et score de psychopathie) semblent être redondants vis-à-vis des critères relationnels et comportementaux.

La valeur prédictive du diagnostic de schizophrénie sera discutée dans la partie 1.2.C..



C'est pourquoi, bien que statistiquement valide, le VRAG ne permet pas d'appréhender à lui seul le risque de violence en prison. De même que pour d'autres échelles actuarielles de la violence, les critères qu'il emploie sont une version parcellaire des éléments recueillis au cours d'une expertise médico-psychologique <sup>[26]</sup> et ne permet pas d'appréhender le sujet et ses intentions dans leur globalité. L'utilisation seule des échelles actuarielles, type VRAG, peut conduire à une mauvaise estimation du risque de violence, lorsque les facteurs de risque ne sont pas interprétés au sein du système dans lequel évolue le sujet.

#### *1.B.1.b. Adaptation du modèle écologique de la violence au milieu carcéral*

Dans son rapport mondial sur la violence <sup>[10]</sup>, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) aborde l'évaluation du risque de violence d'un point de vue systémique, en tenant compte de l'influence de l'environnement sur le fonctionnement psychique du sujet et non seulement centré sur lui-même.

L'OMS justifie l'utilisation de ce modèle par deux observations : 1) Bien que certains facteurs de risque soient spécifiques d'une forme particulière de violence, il existe le plus souvent des facteurs communs ; 2) Le fait de diviser les facteurs de risque en fonction du type de violence entretient des conflits de compétence dans leur prise en charge (par exemple : judiciaire versus médical, mais aussi social, éducatif, institutionnel, etc...).

Le concept de modèle écologique de la violence, proposé par l'OMS, naît dans les années 1970 comme outil d'analyse de la maltraitance infantile, avant d'être repris pour décrire la violence en général.

L'OMS propose quatre niveaux de compréhension de la violence : individuel, relationnel, communautaire et sociétal [Figure 1]. Il s'agit donc d'un modèle proche de la description

criminologique du risque de violence qui au-delà des caractéristiques du sujet et de la victime potentielle, s'intéresse au rôle du tiers dans l'émergence de la violence <sup>[12]</sup>.

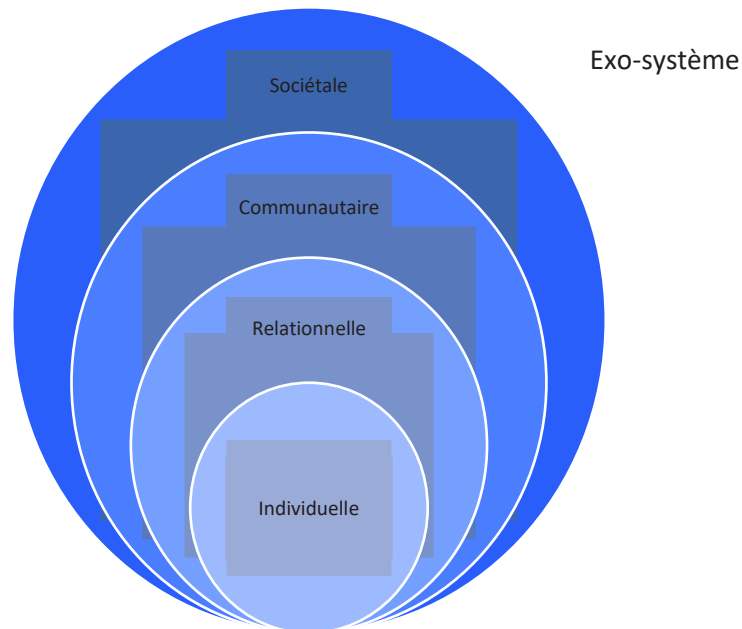


Figure 1. Modèle écologique de la violence criminologique <sup>[10]</sup>

Le niveau individuel se compose des facteurs biologiques et des antécédents personnels du sujet (socio-économiques et comportementaux).

Le niveau relationnel tient compte des relations étroites du sujet : familiales, amicales, sentimentales et relations entre pairs.

Le niveau communautaire, ou mésosystémique, correspond aux lieux dans lesquels s'insèrent les relations sociales (école, travail, quartier), aux changements de lieu de vie, aux caractéristiques du lieu de vie (densité de population, taux de chômage, existence de délinquance organisée au niveau local).

Le niveau sociétal, ou macrosystémique, intègre les normes socio-culturelles et les politiques en vigueur dans le milieu socio-culturel du sujet (sanitaires, économiques, éducatives et sociales).

Depuis les années 1970, ce modèle a continué de s'enrichir par diverses applications, ainsi Bronnefenbrenner propose un cinquième niveau, l'exo-système, qui comprend la culture et les valeurs par le biais desquelles les quatre autres niveaux sont interprétés <sup>[27]</sup>.

Les facteurs de risque de violence varient peu selon le mode de passage à l'acte, mais l'organisation du système diffère selon le type de violence : dirigée contre soi, interpersonnelle ou collective (cf. partie 1.A.b). En appliquant les niveaux écologiques aux types de violence criminologique et à la population carcérale, il nous est alors possible d'isoler les facteurs de risque de violence criminologique en prison [Tableau 1].

Afin d'extraire les facteurs de risque de violence en détention [tableau 1], nous avons retenu deux critères : le facteur de risque continue de s'appliquer en détention, celui-ci fait consensus selon l'état des connaissances actuelles.

**Tableau 1 : Facteurs de risque de violence criminologique en milieu carcéral** <sup>[10,27,28]</sup>

Type de Violence criminologique Type de Facteur de risque	Interpersonnelle	Dirigée contre soi-même	Collective
Individuel	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Être un homme jeune</li> <li>● Toxicomanie</li> <li>● Alcoolisme</li> <li>● Pauvreté</li> <li>● Impulsivité</li> <li>● Manque de confiance en soi</li> <li>● Mauvais résultats scolaires*</li> <li>● Antécédent de comportement violent avant 13 ans*</li> <li>● Trouble du comportement dans l'enfance*</li> <li>● Agressivité à l'adolescence*</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Avoir plus de 75 ans (suicide)</li> <li>● Avoir moins de 25 ans (tentative de suicide)</li> <li>● Toxicomanie</li> <li>● Alcoolisme</li> <li>● Pauvreté</li> <li>● Impulsivité</li> <li>● Dévalorisation</li> <li>● Sentiment de culpabilité</li> <li>● Inactivité</li> <li>● Antécédent de sévices corporels ou sexuels dans l'enfance</li> <li>● Tentative de suicide antérieure (moins de 6 mois)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Être un homme jeune</li> <li>● Identité nationale d'exclusion / xénophobie</li> <li>● Quête d'identité</li> </ul>

Relationnel	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Manque d'affection et d'appui</li> <li>● Antécédent personnel ou familial de divorce ou séparation</li> <li>● Exposition à la violence intrafamiliale à un âge jeune (victime ou témoin)</li> <li>● Fréquentation de jeunes délinquants*</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Deuil</li> <li>● Conflit</li> <li>● Rupture relationnelle</li> <li>● Isolement</li> <li>● Antécédent familial de suicide</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Présence d'un leader charismatique</li> <li>● Réseaux personnels</li> <li>● Transmission intergénérationnelle d'idées radicales</li> </ul>
Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Vivre dans une communauté très touchée par la criminalité</li> <li>● Vivre dans une communauté très touchée par la pauvreté</li> <li>● Promiscuité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Difficulté d'ordre judiciaire</li> <li>● Difficulté d'ordre professionnel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Manque de représentativité</li> <li>● Manque d'aide spirituelle</li> </ul>
Sociétal	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Période de conflit armé et de répression</li> <li>● Période de changement social et politique</li> <li>● Protection sociale faible</li> <li>● « Culture de la violence »</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Exposition à des violences collectives en milieu ouvert</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Marginalisation</li> <li>● Absence de démocratie</li> </ul>

\*Chez le sujet jeune

En termes de violence interpersonnelle et de violence dirigée contre soi-même, la majorité des facteurs de risque sont communs entre milieu ouvert et fermé, contrairement à la violence collective. En effet, un des objectifs de la privation de liberté étant d'extraire le sujet de la collectivité, certains facteurs de risque observés par l'OMS ne s'appliquent plus, et ont donc été exclus de ce tableau du

fait du critère de continuité d'application du facteur de risque. C'est le cas par exemple de la facilité d'accès aux armes dans un pays donné ou encore de la concurrence pour l'exploitation de ressources naturelles précieuses.

La violence collective est la violence d'un groupe sur un autre. En milieu carcéral, les facteurs de risque de violence collective sont donc les facteurs favorisant l'embrigadement dans un groupe violent, proche du concept de radicalisation. C'est pourquoi les facteurs de risque de violence collective présentés dans le tableau 1 ont été assimilés au risque de radicalisation tel que décrit par le Centre International pour la Prévention de la Criminalité (CIPC) <sup>[27]</sup>.

La différence entre le modèle écologique et les échelles actuarielles réside dans l'interprétation de ces facteurs de risque. Il ne s'agit pas de coter un critère mais davantage de questionner l'importance de celui-ci chez le sujet. Comme le souligne la commission d'audition sur l'expertise pénale <sup>[26]</sup>, l'évaluation de la violence ne réside pas seulement dans l'étude des facteurs de risque ni dans la relation avec le sujet, mais dans la mise en perspective et en amenant le sujet à identifier et questionner lui-même la place de ses propres facteurs de risque dans son fonctionnement psychique.

Le modèle écologique n'est pas un modèle explicatif, il s'agit d'une manière de présenter les différents facteurs gravitant autour du sujet et permettant d'éclairer son rapport avec la violence.

En prison, l'analyse individuelle du risque de violence semble utile afin de définir les mesures de sécurité à appliquer en détention. Néanmoins, si cette analyse relève parfois d'une obligation légale par le biais d'une expertise médico-psychologique, il n'est ni possible ni souhaitable de soumettre l'ensemble de la population carcérale à une expertise. C'est pourquoi, afin d'adapter les stratégies de préventions de la violence, il convient de rechercher s'il existe, parmi ces facteurs de risque, des critères permettant de cibler une sous-population carcérale à risque accru de passage à l'acte violent criminologique.

## I.B.2. Statistiques des facteurs de risque de violence criminologique en population

### carcérale

Évaluer statistiquement les facteurs de risque de violence criminologique en prison permet de rechercher, au sein de la population écrouée, une ou plusieurs sous-populations présentant un risque accru de violence criminologique et de cibler d'éventuels sujets à risque de devenir des « personnes détenues violentes ».

Parmi les facteurs de risque identifiés dans le tableau 1, plusieurs s'appliquent nécessairement au milieu carcéral et sont, de fait, non discriminants pour l'évaluation du risque individuel. C'est le cas notamment de facteurs communautaires : vivre dans une communauté très touchée par la criminalité, fréquentation de jeunes délinquants, promiscuité (taux d'occupation des Maisons d'Arrêt et Quartiers Maisons d'Arrêt de 138% <sup>[29]</sup>) ; de facteurs individuels et relationnels : manque d'appui (éloignement familial), avoir un problème judiciaire ; ainsi que des facteurs sociétaux : absence relative de démocratie (cadre répressif).

Les antécédents de passage à l'acte violent constituent également pour au moins 42,4% d'entre eux un facteur individuel non modifiable, étant le motif principal de leur condamnation (voir tableau 2), sans même tenir compte de condamnations antérieures pour fait de violence ou d'antécédents violents n'ayant pas fait l'objet d'un traitement judiciaire.

**Tableau 2: Pourcentage des personnes détenues selon la catégorie d'infraction principale au 1<sup>er</sup> janvier 2020 <sup>[29]</sup>**

<b>Infraction principale violente</b>	Homicide		Viol et agression sexuelle		Violence et autre atteinte à la personne		Total
	12%		12%		18,4 %		42,4%
<b>Infraction principale non violente</b>	Atteinte aux biens	Atteinte à la législation sur les substances illicites	Atteinte à l'autorité de l'Etat	Circulation (sauf homicide et blessure involontaire)	Autre	Total	
	26,7%	19,1%	5,1%	5,3%	1,4%	57,6 %	

Pour d'autres critères (sexe, âge, état matrimonial, niveau de pauvreté, consommation de toxiques) seule une analyse statistique permet de nous éclairer sur leur caractère discriminant ou non.

Le tableau 3 présente la prévalence de ces facteurs de risque de violence criminologique en milieu carcéral selon le recueil de données d'Alcon-Lignereux *et al.* [29], comparée à leur prévalence en population générale afin d'en faciliter l'interprétation. Ont été exclus de ce tableau les facteurs de risque dont la prévalence ne pouvait pas être estimée dans l'une ou l'autre de ces deux populations.

**Tableau 3** Comparaison des caractéristiques sociodémographiques entre population écrouée en France au 1<sup>er</sup> janvier 2020 et population générale en France selon les données les plus récentes.

	Population écrouée [i]	Population générale	P*
<b>Nombre de sujets, n</b>	70 651	67 063 703 (ii)	
<b>Sujets de plus de 13 ans, n(%)</b>	70 651 (100%)	56 796 080 (100%) (ii)	
<b>dont :</b>			
- Hommes majeurs	67 315 (95,3%)	25 028 459 (44,1%) (ii)	p < 0,005
- Femmes majeures	2 532 (3,6%)	27 613 495 (48,6%) (ii)	p < 0,005
- Mineurs de plus de 13 ans	804 (1,1%)	4 154 126 (7,3%) (ii)	p < 0,005
<b>Âge moyen (années)</b>	34,8	47,8 (iii)	
- Hommes	34,8	46,6 (iii)	
- Femmes	36,6	49,0 (iii)	
<b>Etat matrimonial</b>			
<b>En couple</b>	30,4%	43,0% (iv)	p < 0,005
<b>Célibataire</b>	51,9%	40,9% (iv)	p < 0,005
<b>Séparé / divorcé / veuf</b>	5,8%	16,1% (iv)	p < 0,005
<b>Non renseigné</b>	11,9%	-	
<b>Activité professionnelle</b>			
<b>OUI</b>	23 668 (33,5%)	27 176 000 (65,7%) (v)	p < 0,005
<b>NON, dont :</b>	26 777 (37,9%)	14 075 000 (34,0%) (v)	p < 0,005
- Chômeurs	2 190 (3,1%)	2 506 000 (6,1%) (v)	p < 0,005
- Inactifs	23 880 (33,8%)	11 569 000 (28,0%) (v)	p < 0,005
<b>Non déterminé</b>	20 135 (28,5%)	121 000 (0,3%) (v)	p < 0,005
<b>Total</b>	70 651 (100%)	41 372 000 (100%) (v)	

<b>Situation de logement</b>			
<b>Avec logement</b>	63,2%	-	p < 0,005
<b>Sans logement</b>	7,0%	1,3% (vi)	
<b>Non renseigné</b>	<b>29,8%</b>	-	

\* Les données qualitatives ont été comparées suivant la loi du  $\chi^2$ .

(i) Au 1<sup>er</sup> janvier 2020 <sup>[29]</sup>

(ii) Au 1<sup>er</sup> janvier 2020 <sup>[30]</sup>

(iii) Age moyen de la population âgée de plus de 13 ans en France en 2020 <sup>[30]</sup>

(iv) Parmi les 15-64 ans en France en 2019 <sup>[31]</sup>

(v) Parmi les plus de 15 ans en France en 2017 <sup>[32]</sup>

(vi) Personnes privées de logement personnel en 2020 rapportées à la population générale <sup>[33]</sup>

En comparant les prévalences des facteurs de risque de violence criminologique en population écrouée à la population générale, nous voyons d'abord que l'ensemble de la population carcérale est statistiquement plus à risque de violence que la population générale.

La population carcérale au 1<sup>er</sup> janvier 2020 se compose à plus de 95% d'hommes majeurs et ceux-ci sont en moyenne plus jeune de 13 ans qu'en population générale (un calcul de significativité statistique n'a pu être fait en raison d'un écart type inconnu au sein de ces deux populations). Être un homme jeune n'est donc pas un critère discriminant.

Les antécédents personnels de divorce ou de séparation, en population carcérale, semblent moins fréquents qu'en population générale. Ils représentent 5,8% des détenus, mais cette affirmation est à nuancer par deux aspects. D'une part, le taux de célibat y est également significativement plus élevé, d'autre part, selon un rapport de l'INSEE de 2002, « *Plus d'une union sur dix est rompue dans le mois qui suit l'incarcération. [...]. Au total 20% des unions sont rompues au cours de la première année de l'incarcération, 25% dans les deux premières années et 36% dans les cinq ans qui suivent.* » <sup>[34]</sup>.

En France, 74,2% des détenus sont condamnés à une peine supérieure à un an <sup>[29]</sup>. Cet éloignement familial prolongé représente également une période de manque affectif, faisant partie des facteurs de risque relationnels de violence.

Les antécédents de rupture relationnelle ne sont donc pas suffisamment discriminants.



L'évaluation de la pauvreté en population carcérale ne peut se faire qu'au travers de facteurs indirects relevant de leur précarité pré-carcérale en milieu ouvert, tels que l'activité professionnelle, le type de ressources ou encore la situation de logement.

En termes de sécurité d'emploi, il existe un biais de non-réponse important dans le recueil d'Alcon-Lignereux *et al.* <sup>[29]</sup>. Pour autant, il semble que le taux d'activité professionnelle soit comparable à celui de 31,5 % [IC : 29,1-34,1] retrouvé dans l'étude de Sahaijan *et al.* <sup>[35]</sup> portant sur la population carcérale des prisons de Lyon entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 décembre 2003 et pour laquelle le recueil de données était complet. Un détenu sur trois aurait donc une activité professionnelle.

Il n'existe aucune donnée actuelle concernant le type de ressources pour l'ensemble de la population carcérale en France. Néanmoins, dans cette même étude, Sahaijan *et al.* [35] trouvaient que 54,7% des détenus bénéficiaient de revenus propres comme type de ressource principale [IC : 52,0-57,3], et que 18,8 % d'entre eux [IC : 16,6-20,9] n'avait aucune ressource. De plus, le taux de personnes détenues sans revenu sous-estime le seuil réel de pauvreté en milieu carcéral, en effet parmi les personnes bénéficiant d'allocation ou d'aides familiales, certaines se retrouvent encore en-dessous du seuil de pauvreté fixé par l'INSEE.

En termes de logement, il existe à nouveau un biais de non-réponse important dans l'analyse d'Alcon-Lignereux *et al.*. Néanmoins, parmi les réponses obtenues, 7% des détenus se déclarent sans logement.

L'absence de revenu et l'absence de logement représentent une proportion limitée de détenus et constitue un axe potentiel de prise en charge tant au plan social (aide au logement et ouverture de droits sociaux), qu'au niveau éducatif (passation de diplômes qualifiants au cours de la détention).

En termes de risque criminologique, la précarité semble être une piste de prise en charge tant parce qu'elle représente une proportion restreinte de détenus que par son accessibilité à certaines mesures systématiques : maintien du lien familial, bilan social des arrivants, accès à la formation. Mais ne se baser que sur ce critère paraît insuffisant et bien que persistant en milieu fermé, la précarité n'a

pas nécessairement la même valeur prédictive qu'en milieu ouvert, du fait de l'extraction de son milieu ordinaire.

Enfin, comme pour la pauvreté, il n'existe pas de recueil exhaustif récent concernant les antécédents ou la consommation actuelle de substances psychoactives illicites (drogue) pour l'ensemble de la population carcérale. Selon plusieurs études compilées dans le cadre du rapport de l'observatoire français des drogues et des toxicomanes <sup>[36]</sup> on estime entre 40 à 60 % le taux de nouveaux détenus déclarant une consommation prolongée de substances psychoactives illicites dans les douze mois précédant l'incarcération. La consommation de cannabis dans les douze mois représenterait environ 30% à elle seule.

La consommation de toxiques existe en détention, elle est proche de 40% pour le cannabis et fluctue entre 7 et 10% pour les autres substances <sup>[36]</sup>. La lutte contre la consommation de substances psychoactives illicites est elle aussi un axe de prise en charge, qui comme nous le verrons est commune avec le contrôle du risque psychiatrique de violence (cf. partie 1.3.). Les personnes détenues avec consommation active de toxiques en détention constituent une sous-population idéale de dépistage du risque de violence criminologique, inaccessible en pratique du fait de la clandestinité des consommations.

Du fait de ces limites, l'évaluation et la gestion du risque criminologique de violence en prison s'adapte volontiers à la nature des passages à l'acte violent et aux facteurs de risque spécifiques à la population écrouée.

### I.B.3. Spécificités de la violence criminologique en détention

Contrairement à l'image renvoyée par les échelles de risque et les évaluations statistiques du risque de violence, la sphère communautaire des lieux de privation de liberté se compose en réalité

de deux groupes : les personnes privées de liberté (population écrouée) et le personnel qui y travaille (surveillants pénitentiaires ou autres intervenants). Le Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté (CGLPL) définit ainsi quatre modes d'interaction : 1) Détenu envers personnel pénitentiaire 2) Personnel pénitentiaire envers détenu 3) Détenu envers d'autres détenus 4) Membres du personnel pénitentiaire envers d'autres membres du personnel <sup>[37]</sup>.

En 2017, le ministère de la Justice recensait « 4 314 actes violents de personnes détenues sur le personnel et 8 883 actes violents entre personnes détenues (dont trois homicides) » <sup>[37]</sup>. Il n'existe pas de statistique concernant les violences du personnel pénitentiaire envers les détenus ou d'autres membres du personnel. En effet, lorsque les faits sont signalés, leurs auteurs sont recensés sous les termes de « personne dépositaire de l'autorité publique » sans discrimination possible entre violence en milieu ouvert ou en détention.

L'émergence de comportements violents en milieu carcéral est multifactorielle. Il n'existe pas de facteur de risque propre à chaque mode de communication, mais il existe des facteurs favorisant l'émergence de violence par leur effet rétroactif.

S'il nous est facile de concevoir que la prison contient la violence, il semble moins intuitif qu'elle puisse la créer. C'est pourquoi, avant de décrire les facteurs favorisant le passage à l'acte en prison, il convient de décrire ce qu'est une rétroaction au sens psychique du terme.

#### *1.B.3.a. Le concept de rétroaction*

Le concept de rétroaction s'intègre dans le champ théorique cognitivo-comportemental dont s'inspire la théorie bi-mnésique proposée par le Professeur Philippot <sup>[38]</sup>.

La théorie bi-mnésique est un modèle cognitif des émotions selon lequel les processus émotionnels sont régis par deux systèmes de mémoire et de représentation : l'un implicite dit schématique, l'autre explicite dit propositionnel [figure 2].

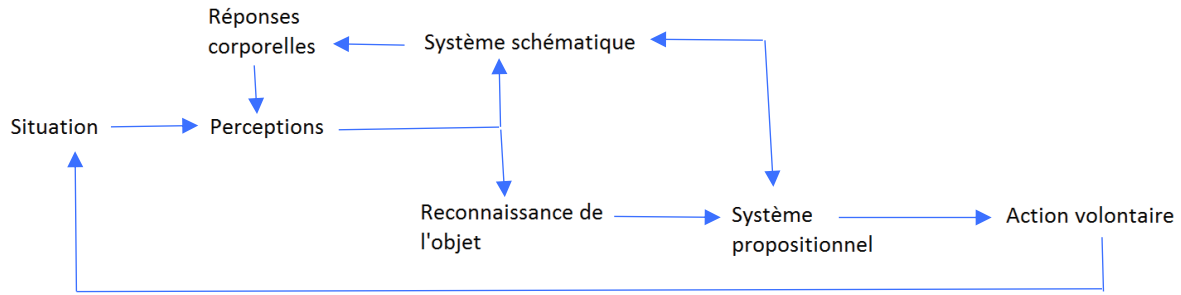


Figure 2 Représentation schématique de la théorie bi-mnésique selon Philippot [38]

Le système implicite, ou schématique, représente l'association automatique et récurrente entre une perception et une réponse corporelle. Sa fonction est d'assurer une réponse rapide de l'organisme à un indice situationnel donné – par exemple : accélération du rythme cardiaque et augmentation de la fréquence respiratoire lors de la perception d'un danger, facilitant la fuite.

Le système schématique peut modifier notre perception d'une situation donnée en induisant une réponse corporelle – soit par l'addition de données proprioceptives (sueurs, sensation de chaleur), soit par la saturation d'un de nos sens (acouphènes rendant inaudible une partie des signaux environnants). Il s'agit ici d'un premier effet rétroactif.

Le système explicite, dit propositionnel, est l'exécution d'un processus cognitif complexe suivant des règles logiques, en réponse à un stimulus. Sa fonction est l'organisation des réponses volontaires de l'individu et l'identification consciente de la réponse émotionnelle générée. L'exécution de ce système est lente, elle fait appel à la reconnaissance de l'objet à l'origine du stimulus (perception externe ou proprioceptive). Les règles logiques régissant le système explicite sont toujours accessibles à la conscience, mais leur exécution peut être volontaire ou automatique. En effet, la répétition de pensées ou d'images élaborées cognitivement à partir d'un stimulus, peut générer une réponse émotionnelle automatique – c'est le cas par exemple d'un préjugé.

L'activation récurrente du système schématique par le système propositionnel peut participer à la création d'un nouveau schéma autonome, on parle de rétroaction propositionnelle. Lorsqu'il existe

une distorsion cognitive ou une erreur de logique, le nouveau schéma produit par cette rétroaction pourra lui-même devenir pathologique et donner cours à une action inadaptée voire violente.

En détention, ce phénomène peut s'illustrer par l'analogie suivante : « *Tous les détenus sont violents, si on me frappe je vais mourir, je dois donc frapper le premier* ». Cet exemple repose d'abord sur le biais cognitif suivant « *tous les détenus sont violents* », à l'origine d'un sentiment de danger.

En réponse à ce danger, il existe une réponse corporelle et psychique (tension interne, hypervigilance anxieuse) dite schématique.

Par la reconnaissance du risque encouru (la mort), s'initie une recherche de solutions par le système propositionnel afin d'adapter l'action volontaire au stimulus initial.

En renforçant le sentiment de danger par des protocoles ou aménagements sécuritaires, la réponse propositionnelle « *je dois frapper le premier* » deviendra de plus en plus autonome et accessible pour un stimulus moindre. La rétroaction propositionnelle pathologique agissant ainsi comme facilitatrice du passage à l'acte violent.

Comme le souligne Schehr <sup>[39]</sup>, lorsque la méfiance devient une « *habitude cognitive* », elle s'auto-entretient et diminue les capacités d'adaptation du sujet. (cf. partie 1.B.c.ii à propos de la méfiance).

« [...] La méfiance est un comportement rationnel qui fait sens et peut s'avérer pertinent et bénéfique dans certains contextes ou situations, mais qui s'accompagne néanmoins toujours d'effets psychologiques et sociaux délétères lorsqu'elle devient une habitude cognitive. »

« La méfiance – du moins lorsqu'elle n'est plus seulement circonstancielle – se révélerait [...] : à la fois incapacitante, car elle dégrade l'aptitude sociale à créer et mobiliser liens et ressources collectives, et auto amplifiante, car elle produit les conditions de sa propre perpétuation et intensification »

Schehr S., L'expérience ordinaire de la méfiance <sup>[39]</sup>

Cette rétroaction du système schématique ou du système propositionnel n'est pas morbide en soi. Lorsqu'elle répond de façon adéquate à l'environnement, il s'agit même d'un mécanisme d'adaptation nécessaire et attendu. En ce sens, Lemire et Vacheret <sup>[40]</sup> affirment que selon le regard porté sur la privation de liberté, l'influence de la prison sur le détenu est tantôt recherchée tantôt redoutée.

*« [...] que l'on justifie l'incarcération par la nécessité de punir, de dissuader, de rééduquer ou de neutraliser, ou que l'on prône son abolition, c'est toujours en présupposant que le milieu carcéral influe sur le détenu. Les tenants de la punition et de la dissuasion pensent que les contraintes liées à la privation de liberté incitent les détenus à quitter le chemin du crime ; les adeptes de la rééducation soutiennent que la prison peut représenter, pour le criminel, une occasion de se reprendre en main et qu'elle peut favoriser certains apprentissages essentiels à un nouveau départ ; les partisans de la neutralisation, eux, surtout soucieux d'empêcher les actions criminelles, souhaitent malgré tout que le détenu ne se détériore pas et qu'il adopte de nouvelles attitudes pendant l'incarcération ; quant aux abolitionnistes, ils considèrent, entre autres choses, que les effets de l'emprisonnement sur le détenu sont si néfastes que la prison ne mérite pas d'exister. [...] »*

Lemire G., et al., Anatomie de la prison contemporaine <sup>[40]</sup>

Cette adaptation du détenu au milieu carcéral a été conceptualisée par Clemmer sous le terme de « prisonization » ou « prisonnérization » <sup>[41]</sup>.

Selon Clemmer, la prisonnérization est un processus d'acculturation d'un individu à la population carcérale. En s'assimilant au groupe, le sujet commence à partager ses sentiments, ses souvenirs, ses traditions ainsi que ses schémas comportementaux. Toute personne incarcérée posséderait des facteurs de risque universels de prisonnérization, de par la modification de son statut social et la rupture de ses habitudes de vie à l'arrivée en détention.

Clemmer décrit en 1940 sept facteurs de risque d'un haut degré de prisonnérification : 1) une incarcération de plusieurs années, 2) une instabilité comportementale, 3) l'absence de relation positive avec des personnes extérieures, 4) la volonté et la capacité de s'intégrer à un groupe en prison, 5) l'adhésion totale aux dogmes de ce groupe, 6) la possibilité d'interagir avec des détenus partageant une orientation semblable et enfin, 7) la disposition à participer à des jeux de hasard ou comportements sexuels déviants.

Le concept de prisonnérification a ensuite été repris par Wheeler en 1961<sup>[40]</sup> ajoutant parmi les phénomènes d'acculturation, la divergence progressive entre les valeurs morales du détenu et celles du personnel pénitentiaire. A partir de l'évolution du degré de divergence morale, Wheeler mesure le niveau de prisonnérification du détenu au cours de l'incarcération.

Cette diminution de conformité s'explique notamment par le concept de « *désengagement psychologique* »<sup>[42]</sup> dont fait partie la « *privation relative* » citée par le Centre International pour la Prévention de la Criminalité (CIPC) parmi les facteurs de risque de radicalisation<sup>[27]</sup>.

Le désengagement psychologique est un mécanisme de défense visant à protéger le narcissisme du sujet. Se désengager psychologiquement, c'est attribuer des effets rétroactifs négatifs à une discrimination, plutôt qu'à ses propres agissements, et dévaluer le domaine dans lequel ceux-ci s'exercent.

En milieu carcéral il existe deux illustrations fréquentes de ce concept, la première étant le désengagement psychologique vis-à-vis de la peine en cours (par exemple, reprocher la privation de liberté à un verdict partial en minimisant l'infraction commise) ou vis-à-vis des conditions d'incarcération (notamment l'accès au travail conditionnel en détention). Le désengagement psychologique est à l'origine d'un sentiment d'insatisfaction ou de préjudice, dont le terme consacré est « *privation relative* », qui au-delà du discrédit de l'institution qui en serait à l'origine (ici, la justice ou le service pénitentiaire), peut conduire à l'adoption de nouvelles valeurs morales et donc de radicalisation.

Selon le concept de prisonn erisation, l'incarcération aurait ainsi une rétroaction sur le sujet détenu par le biais de deux types de facteurs : relationnels et temporels, eux-mêmes pouvant favoriser le passage à l'acte par violence criminologique.

#### *1.B.3.b. Facteurs favorisant relationnels*

Comme nous l'avons vu précédemment, quatre modes d'interaction s'appliquent en détention : 1) Détenu envers personnel pénitentiaire 2) Personnel pénitentiaire envers détenu 3) Détenu envers d'autres détenus 4) Membres du personnel pénitentiaire envers d'autres membres du personnel.

Ces différents modes de communication ne sont pas égaux en termes d'équilibre relationnel (relation de pairs, dépendance ou ascendance), et représentent chacun un terrain pouvant favoriser la violence.

Il existe d'abord une relation de dépendance des détenus envers le personnel pénitentiaire.

Du fait de l'enfermement et d'un accès limit e à certaines commodités (douche, cuisine...), la personne détenue dépend des surveillants pénitentiaires pour répondre à ses besoins élémentaires (alimentation, dignité, sécurité). La personne incarcérée sollicite directement le personnel pénitentiaire, duquel il attend une réponse immédiate.

S'il existe une réponse claire à certaines sollicitations (gestion du tabac, accès à la bibliothèque...), d'autres sont soumises à des contraintes externes conduisant à différer une demande ou à y opposer un refus. C'est le cas, par exemple, de l'accès aux visites qui nécessite l'inscription du visiteur sur une liste d ediee, sa venue sur une plage horaire d ediee et l'absence de mesure disciplinaire limitant l'accès du détenu au parloir.



Le refus opposé à une demande, le rappel d'une restriction s'imposant au détenu, une réponse floue ou non expliquée, l'absence de cohérence entre les interlocuteurs ou le caractère arbitraire de certaines limites, sont autant de situations à risque de violence tant elles peuvent être source de frustration chez le détenu.

*« Tout étant indifférencié, tout devient important en prison parce que renvoyant uniformément à la situation d'assujetti, à la situation de privation de liberté. Ainsi un refus de douche supplémentaire, parce que cela n'est ni le jour ni l'heure, l'attente derrière la grille, un retard dans la livraison d'une cantine ou une erreur, sont des occasions fréquentes de conflits, d'altercations, d'énervement, d'injures voire d'agressions physiques [...] »*

Chauvenet A., La violence carcérale en question <sup>[43]</sup>

Du fait de cette relation de dépendance, qui alimente chez la personne incarcérée un sentiment d'impuissance, il existe également un risque que la violence soit utilisée à visée utilitaire. En effet, privé d'autre outil de chantage, le détenu peut utiliser les menaces verbales ou physiques. Les passages à l'acte auto ou hétéro-agressif deviennent ainsi, selon l'auteur de ces violences, un moyen d'être écouté sans délai et/ou obtenir certains privilèges.

Dans le cas des violences dirigées contre soi-même, elles feront de façon systématique l'objet d'une évaluation psychiatrique afin de questionner leur intentionnalité (cf. partie 1.C.).

Si nous avons vu qu'il existe un risque de violence parmi les sujets détenus, l'usage de la violence par un membre du personnel pénitentiaire est également factuel.

Celle-ci peut être légitime en situation d'urgence, où les surveillants sont soumis à une contradiction entre garantir la sécurité de la personne détenue et préserver leur propre sécurité.

L'usage de la force par le personnel pénitentiaire est abordé par les « règles Nelson Mandela » ou règles minima pour le traitement des détenus <sup>[38]</sup>, qui représentent une réflexion éthique sur les

conditions de détention dans le monde. Selon ces règles, l'usage de la force par le personnel pénitentiaire ne serait admis que dans trois situations : la légitime défense, une tentative d'évasion et la résistance d'un détenu (par la force ou l'inertie physique) à un ordre fondé sur la Loi ou le règlement de l'établissement. Malgré ces règles, le CGLPL relève des « *usages illégitimes ou disproportionnés de la force et des moyens de contrainte [...]* »<sup>[37]</sup> dont il n'existe pas de statistique précise.

L'existence de deux potentiels violents (détenus envers personnel et personnel envers détenus) est, selon le CGLPL, à l'origine d'une relation de méfiance entre ces deux groupes, qui comme nous l'avons vu précédemment favorise la survenue de comportements violents schématiques.

Selon Schehr<sup>[39]</sup>, la méfiance naît d'une expérience initiale de trahison des normes sociales<sup>6</sup>.

A l'échelle de la prison, cette trahison des normes sociales correspond pour le personnel pénitentiaire à l'exécution de la privation de liberté, et pour les sujets détenus à la transgression de la Loi en milieu ouvert.

*« Dans un lieu de privation de liberté, chacun soupçonne l'autre d'être à l'origine de la violence : le personnel le serait au regard du pouvoir et des moyens qu'il a pour gérer l'enfermement, les autres parce que leur crime [...] les identifient d'emblée à des personnes violentes. »*

Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, Les violences interpersonnelles dans les lieux de privation de liberté<sup>[37]</sup>

Cet effondrement de notre confiance en autrui génère des stratégies de prudence que Schehr explique par un trépied inspiré des théories cognitivo-comportementales : connaissance, émotion et croyance.

La connaissance est le savoir acquis sur la nature et les conséquences effectives de l'expérience de trahison.

---

<sup>6</sup> Trahison des normes sociales : Remise en question, par une expérience négative, des croyances d'unité de groupe et de réciprocité, de respect ou de confiance placées dans nos relations avec autrui.

L'émotion représente les affects négatifs générés par la situation de trahison (surprise, peur, déception, tristesse...) et susceptibles de se reproduire dans le cas où une telle situation se répèterait.

La croyance est la conviction qu'autrui est capable de trahison.

La prudence ou la suspicion générées par ce trépied est à l'origine d'une relation de « méfiance », comme propension à se tenir en garde contre quelqu'un <sup>[44]</sup>. Néanmoins, en fonction du groupe que l'on observe en détention, la méfiance ne subit pas les mêmes préjugés.

*« [...] La méfiance peut être suscitée par la nature de l'activité et son accomplissement ordinaire et [...] elle peut dans ce cadre faire l'objet d'une valorisation et d'une certaine routinisation [ ...].*

Schehr S., L'expérience ordinaire de la méfiance <sup>[39]</sup>

Selon le ministère de la Justice <sup>[45]</sup>, les surveillants pénitentiaires ont pour mission d'assurer la garde et la surveillance des personnes qui leurs sont confiées par les autorités judiciaires, ainsi que de participer à leur réinsertion.

Afin de mener à bien leur rôle de surveillance, la méfiance du personnel pénitentiaire est donc une compétence professionnelle, développée par des formations mais aussi par des expériences répétées de transgression du règlement intérieur de l'établissement pénitentiaire par les sujets détenus.

Néanmoins, la banalisation et la routinisation de la méfiance peut être à l'origine de préjugés <sup>[39]</sup> affectant leur évaluation du risque réel de transgression, mais également le travail de réinsertion, par une coercition exacerbée.

*« Les individus les plus enclins à la méfiance sont ceux qui disposent de faibles moyens (qui ne peuvent compenser les pertes liées à un préjudice et donc se permettre de mal placer leur confiance ou d'être dépossédés) et/ou qui se sentent vulnérables et impuissants face aux menaces [...]. Ils partagent par ailleurs très souvent une même représentation binaire et duale de la réalité – une vision du monde où prévalent antagonismes et rapports de domination [...]. »*

Schehr S., L'expérience ordinaire de la méfiance <sup>[39]</sup>

Comme nous l'avons vu au travers des caractéristiques sociodémographiques de la population carcérale, il existe une forte prévalence d'individus précaires en détention. De plus, la vision duale de l'environnement carcéral peut être exacerbée par le rapport d'ascendance des surveillants pénitentiaires sur les détenus. La personne détenue est donc statistiquement plus encline à la méfiance, mais elle est également placée dans un environnement qui exacerbera encore davantage cette propension.

S'il s'agit d'un mécanisme de défense pouvant être utile, il ne s'agit pas d'une attitude validée par le fonctionnement carcéral, contrairement à la méfiance institutionnelle. Elle est au contraire source d'une tension psychique permanente et parfois d'authentiques troubles psychiatriques (idées délirantes de thématique persécutive, troubles anxieux...).

Enfin, dans le cas des relations entre détenus, il est nécessaire d'approfondir le sens particulier de la promiscuité en détention.

Citée précédemment en termes de surpopulation carcérale, la promiscuité en milieu fermé est aggravée par son caractère total : spatiale (exiguïté des cellules), organisationnelle (absence de frontière entre les activités courantes) et sociale (cohabitation).

Selon Chauvenet *et al.*, les personnes détenues identifieraient leurs codétenus comme la principale source de tension <sup>[43]</sup>. La détention rassemble des personnes qui n'ont pas choisi de l'être, dans une cellule où elles accompliront la majeure partie de leurs tâches quotidiennes : dormir, manger,

aller aux toilettes, se distraire. Selon le CGLGL <sup>[37]</sup>, il arrive parfois que quatre détenus partagent une cellule de neuf mètres carrés. Cet espace de vie restreint rend inévitable la confrontation à l'autre et à différents modes de vie. Des événements du quotidien (choix du programme télé, heure de coucher...), les nuisances, les incivilités, les divergences d'opinion, le fait d'avoir été victime de violence verbale, sont autant de situations pouvant générer des tensions de cohabitation.

Pour rompre cette promiscuité, il existe des espaces collectifs : cour de promenade, travail. Mais leur accès est limité, de plus, certains détenus choisissent de ne pas s'y rendre par peur des interactions avec les autres détenus <sup>[43]</sup>.

La rencontre avec un inconnu nécessite pour la personne détenue d'évaluer les limites de l'autre et sa dangerosité potentielle qui, comme nous l'avons vu, n'est jamais nulle. Cette évaluation, à l'origine d'une méfiance, génèrera une adaptation comportementale (voir I.B.3.a. Le concept de rétroaction). Par ailleurs, l'évaluation de la dangerosité varie selon le sentiment de peur ou d'insécurité du détenu, qui, selon Chauvenet *et al.* <sup>[43]</sup> dépend de l'âge et du type de délit.

*« En centrale surtout, ceux qui disent avoir peur en permanence ou être terrorisés sont parmi les plus jeunes. Il en est de même pour les auteurs de délits sexuels. A l'inverse, le fait d'avoir commis un délit « noble », comme le braquage est un gage de sécurité et attire notoriété et respect. »*

Chauvenet A., La violence carcérale en question <sup>[43]</sup>

Un sentiment de peur exacerbé pourra conduire la personne écrouée à rechercher des individus susceptibles d'assurer sa sécurité physique et relationnelle, favorisant ainsi l'émergence de microgroupes, eux-mêmes à risque d'encourager l'usage de la violence (par radicalisation notamment).

### *I.B.3.c. Facteurs favorisant temporels*

Empruntant le concept de « socialisation anticipatrice » à Merton, Wheeler postule que la prisonn  risation du sujet détenu varie au cours de son incarcération <sup>[40]</sup>.

*« [...] la socialisation anticipatrice consiste pour l'individu à adopter par anticipation les normes et les comportements du groupe qu'il espère intégrer (groupe de référence), en délaissant les attributs identitaires de son groupe d'appartenance. »*

Meier O., Robert K. Merton et la socialisation anticipatrice <sup>[46]</sup>

Selon Wheeler, le groupe d'appartenance (groupe auquel le sujet est assimilé à un instant t) et le groupe de référence (groupe vers lequel le sujet tend) varient selon trois temps au cours de l'incarcération : initial, central et terminal <sup>[40]</sup>, dont les plus à risque de violence sont le temps initial et le temps central.

La phase initiale débute à l'arrivée en détention et dure six mois. Le groupe d'appartenance est la collectivité en milieu ouvert de laquelle est issue le sujet. Le groupe de référence est la population carcérale.

La phase centrale est une phase intermédiaire durant laquelle le groupe d'appartenance et le groupe de référence co  cident (population carcérale).

La phase terminale correspond aux six derniers mois de l'incarcération, avant la libération. Le groupe d'appartenance y est la population carcérale. Le groupe de référence est la population en monde ouvert, co  citant avec un objectif de réinsertion sociale.

Au cours de la phase initiale d'incarcération, il existe un risque exacerbé de violence dirigé contre soi-même, appelé choc carcéral. Le choc carcéral est un trouble de l'adaptation au milieu

carcéral, c'est-à-dire la survenue de symptômes émotionnels et/ou comportementaux pénibles et perturbateurs directement lié à l'incarcération. Son risque principal est la tentative de suicide.

La crise suicidaire au cours du choc carcéral est une situation de risque psychiatrique de violence que nous détaillerons dans la partie 1.C..

Au cours de la phase centrale, il existe un risque exacerbé de violence criminologique dans les suites immédiates d'un premier passage à l'acte violent. Ce risque accru est lié à la fois aux causes inhérentes du premier passage à l'acte et aux conséquences sur les conditions de détention du sujet. De plus, la prudence accrue dans les interactions avec le sujet détenu suite à un passage à l'acte peut favoriser l'émergence de nouvelles situations à risque de violence.

*« Le premier de ces risques [de dérive violente] est que les professionnels s'abstiennent de certains actes : qu'ils hésitent, par crainte ou par protocolisation à ouvrir la chambre ou la cellule de la personne gardée si elle a besoin d'un service, particulièrement la nuit mais aussi de jour, pour se laver, manger, uriner ou toute autre demande. »*

Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, Les violences interpersonnelles dans les lieux de privation de liberté <sup>[37]</sup>

#### I.B.4. Synthèse : personne détenue violente par violence criminologique

Au travers des facteurs de risque statistiques et situationnels de la violence criminologique en détention, nous avons ainsi vu que l'ensemble de la population carcérale présente le potentiel criminologique d'être une « personne détenue violente ».

Les échelles actuarielles d'évaluation du risque de violence criminologique et les facteurs de risque communs de violence n'offrent pas de sous-population carcérale suffisamment restreinte pour être éligible à une évaluation individuelle systématique du risque de violence criminologique.

De plus, le passage à l'acte violent criminologique en détention semble peu prévisible à l'échelle individuelle, tant il repose sur des facteurs de risque collectifs et situationnels.

En matière de violence criminologique, la « personne détenue violente » ne peut donc pas être seulement décrite par son potentiel violent (antécédent ou risque de passage à l'acte selon le Code Pénitentiaire). L'évaluation du risque de violence criminologique en milieu carcéral relève davantage d'un modèle explicatif que d'un modèle prédictif.

En termes de violence criminologique, c'est bien le passage à l'acte effectif qui différencie la « personne détenue » de la « personne détenue violente ».

### **I.C. Violence psychiatrique en prison**

Dans sa définition de la « personne détenue violente », le Code Pénitentiaire ne distingue pas la violence criminologique de la violence psychiatrique. Cependant, en fonction de la nature du trouble et de la présence ou non d'un diagnostic, le sujet pourra être qualifié de « patient détenu » ou de « personne détenue violente ».

Avant l'incarcération, les expertises psychiatriques de garde à vue et les expertises psychiatriques pré-sentencielles possèdent un rôle de filtre entre la prison et l'hôpital. Ces expertises peuvent être rendues obligatoires par la nature des faits reprochés au mis en cause (caractère sexuel notamment), mais peuvent également être demandées par l'ensemble des parties ou le juge d'instruction lorsque l'on suspecte l'existence d'un trouble psychiatrique.

Afin de comprendre comment la présence d'un trouble psychiatrique ou d'un risque psychiatrique de violence peut être compatible avec le qualificatif de « personne détenue violente », il convient d'abord de définir quels sont les troubles psychiatriques observés en milieu carcéral.



### I.C.1. Statistiques des troubles psychiatriques en population carcérale

En France, il existe peu d'études mesurant la prévalence des troubles psychiatriques en détention. Les estimations reprises par les pouvoirs publics font référence à l'étude épidémiologique multicentrique de Falissard *et al.* de 2006 <sup>[47]</sup>, portant sur un échantillon de 800 détenus recrutés au sein de vingt établissements pénitentiaires.

Plus récemment, d'autres études multicentriques s'intéressant à la prévalence des troubles psychiatriques à des temps spécifiques de l'incarcération ont vu le jour. En 2020 est parue une étude de Fovet *et al.* <sup>[48]</sup> portant sur la prévalence des troubles psychiatriques dans les 72 premières heures de détention. Une étude promue par la F2RSM Psy<sup>7</sup> est en cours concernant la prévalence des troubles psychiatriques chez les détenus sortants <sup>[49]</sup>.

Le tableau 4 présente la prévalence des diagnostics psychiatriques les plus fréquents en population carcérale entrante ou totale (diagnostic par le MINI<sup>8</sup> et seuil de prévalence arbitrairement fixé comme supérieure à 5% de la population carcérale) ainsi que la prévalence correspondante en population générale <sup>[47,48]</sup>.

Il n'a pas été fait de test de comparaison statistique du fait de l'existence de biais de sélection dans l'étude de Fovet *et al.* (notamment le nombre de sujets inclus en-deçà de nombre cible statistiquement significatif) et d'années de recrutement variant d'une quinzaine d'années entre les recueils de données utilisées dans les deux études.

Néanmoins, ce tableau nous permet d'apprécier la nature des troubles psychiatriques en détention et d'extrapoler leur évolution au cours de l'incarcération afin d'identifier les situations à risque de violence psychiatrique en détention.

---

<sup>7</sup> F2RSM Psy : Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Haut-de-France.

<sup>8</sup> MINI : Mini-international neuropsychiatric interview

**Tableau 4** Prévalence des troubles psychiatriques les plus fréquents en détention en France diagnostiqués selon le MINI : dans les 72 premières heures de détention (détenus entrants), au cours de la détention (population carcérale) et en population générale.

Population Trouble	Détenus entrants (n=622) <sup>i</sup>	Population carcérale (n= ?) <sup>ii</sup>	Population générale (n=36 000) <sup>iii</sup>
<b>Trouble de l'humeur</b>	31,2 %	28,6 %	14,6 %
Dépression sévère	27,2 %	22,9 %	11,3 %
Episode maniaque	7,1 %	4,2 %	2,7 %
<b>Trouble anxieux</b>	44,4 %	24 %	21,1 %
Trouble anxieux généralisé	25,2 %	15,4 %	12,9 %
Agoraphobie	6,4 %	10,8 %	3,5 %
Anxiété sociale	6,4 %	8,8 %	1,8 %
Trouble panique	13,0 %	3,9 %	3,6 %
Trouble de stress post-traumatique	5,0 %	6,6 %	0,9 %
<b>Addiction</b>			
Consommation de toxiques	53,5 %	14,1 %	12,9 %
Dépendance à l'alcool	11,7 %	8,7 %	5,5 %
Dépendance à une drogue (hors nicotine)	26,7 %	8,9 %	6,7 %
<b>Trouble psychotique</b>	6,9 %	17,3 %	2,3 %
<b>Au moins un trouble</b>	63,3 %	33,9 %	/

(i) Recrutement entre mars 2014 et avril 2017 <sup>[48]</sup>

(ii) Recrutement entre septembre 2003 et juillet 2004 <sup>[47]</sup>

(iii) Recrutement entre 1999 et 2003 <sup>[48]</sup>

Selon les données recueillies par Falissard *et al.* <sup>[47]</sup> et Fovet *et al.* <sup>[48]</sup>, la prévalence des troubles psychiatriques en détention est supérieure à celle observée en population générale et cette prévalence varie au cours de l'incarcération.

Concernant la prévalence des troubles psychiatriques en détention, on remarque un écart de plus de dix points (significativité indéterminée) quant à la prévalence de la dépression et des troubles psychotiques en population carcérale totale et en population générale. De plus, on retrouverait deux

fois plus d'épisodes maniaques, trois fois plus d'agoraphobie, quatre fois plus d'anxiété sociale et six fois plus de troubles de stress post-traumatique en détention qu'en population générale.

Pour tenter d'expliquer ce phénomène, il convient d'abord de citer l'étude SMPG (Santé mentale en population générale) réalisée en 2004 <sup>[50]</sup>. Selon cette étude, il existe une corrélation entre troubles psychiatriques et facteurs psychosociaux.

Les épisodes dépressifs caractérisés seraient statistiquement plus fréquents chez les sujets en situation de divorce (ou séparation), de chômage et/ou n'ayant pas fait d'études supérieures indépendamment du genre. Les troubles anxieux seraient plus fréquents chez l'adulte jeune que chez la personne âgée. Les syndromes d'allure psychotique seraient plus fréquents chez l'homme et chez les sujets célibataires ou divorcés.

Tel que décrit dans la partie I.B.2., concernant l'évaluation statistique des facteurs de risque de violence en population écrouée, le sujet incarcéré est plus fréquemment un homme jeune, en situation de célibat, en situation de chômage ou d'inactivité qu'en population générale.

Sans préjugé d'aucun lien de causalité entre incarcération et trouble psychiatrique, on s'attend donc statistiquement à retrouver davantage de troubles anxio-dépressifs et troubles psychotiques en détention.

La prévalence élevée des troubles addictifs en détention est étroitement liée à celle de la clinique de « l'agir » (voir ci-dessous). En effet, parmi les facteurs de risque d'addiction <sup>[51]</sup>, on retrouve notamment les consommations autothérapeutiques (résolution de conflits internes) et la recherche d'excès (production de pulsions en acte).

Quant à la prévalence des troubles post-traumatiques, il existe dans la population carcérale des facteurs de vulnérabilité (événements de vie douloureux, absence de soutien, comorbidité psychiatrique) <sup>[52]</sup>. Le trouble de stress post-traumatique peut précéder l'incarcération mais il peut également suivre la réalisation d'un crime violent ou l'exposition à un événement traumatique intra-carcéral (agression du sujet ou d'un codétenu par exemple) <sup>[53]</sup>.

Concernant l'évolution des troubles psychiatriques au cours de l'incarcération, il existe deux tendances. La prévalence des troubles de l'humeur, des addictions, du trouble anxieux généralisé et du trouble panique diminuent au cours de l'incarcération. Au contraire, l'agoraphobie, l'anxiété sociale, le trouble de stress post-traumatique et les troubles psychotiques semblent plus fréquents au cours de l'incarcération que dans les soixante-douze heures suivant l'entrée en détention.

La prévalence élevée de troubles de l'humeur et de troubles anxieux à l'arrivée en détention s'explique notamment par l'existence de facteurs de stress environnementaux (voir partie I.B.3. Spécificités de la violence criminologique en détention) pouvant participer à la décompensation d'un trouble psychiatrique lorsqu'il existe une vulnérabilité. Selon la Haute Autorité de Santé <sup>[26]</sup>, la majorité des troubles anxio-dépressifs sont réactionnels au passage à l'acte, à l'incarcération, à l'instruction judiciaire ou au jugement rendu. Il s'agit d'un temps propice au choc carcéral (voir I.C.2.a. Choc carcéral) suivi d'une accalmie par assimilation du sujet à la population carcérale (voir partie I.B.3. Spécificités de la violence criminologique en détention).

La diminution des troubles de consommation de toxiques au cours de la détention s'explique principalement par l'inaccessibilité de certains produits stupéfiants en prison, les sevrages involontaires à l'arrivée en détention, mais aussi la clandestinité des consommations en détention rendant impossible leur recueil exhaustif. Par ailleurs, la réduction de l'usage actuel d'une substance sur laquelle se base la prévalence de l'addiction en détention, ne signifie pas nécessairement la rémission du trouble addictif.

Au sein des troubles anxieux, l'évolution de la prévalence du trouble anxieux généralisé et du trouble panique peut s'expliquer de la même manière que celle des troubles de l'humeur : acutisation de l'anxiété au début de l'incarcération par des facteurs environnementaux puis accalmie par assimilation. Au contraire, l'augmentation de la prévalence de la phobie sociale et de l'agoraphobie peut s'expliquer par le climat de méfiance en prison se majorant au cours de l'incarcération (voir partie I.B.3.b. Facteurs favorisant relationnels). Quant à l'augmentation de la prévalence du trouble de stress post-traumatique, elle peut quant à elle s'expliquer par la nature violente de l'infraction principale du

sujet détenu et la durée d'incarcération (plus longue lorsque l'infraction principale est un crime violent), ainsi que la perte des rituels anxiolytiques élaborés en milieu ouvert.

Enfin, pour expliquer la forte prévalence des troubles psychotiques en détention, la Haute Autorité de Santé expose deux hypothèses pour lesquelles il n'existe, à ce jour, aucun travail de recherche chiffré : L'augmentation du nombre de comparutions immédiates pour les délits mineurs (donc sans expertise psychiatrique pré-sentencielle) et la surpénalisation des sujets reconnus comme atteints de troubles mentaux mais pour lesquels l'expert psychiatre a conclu à une altération du discernement <sup>[26]</sup>.

Nous avons ainsi vu que tous les grands cadres nosographiques psychiatriques sont représentés en détention et que leurs prévalences varient en fonction du temps d'incarcération. Pour autant, être atteint d'un trouble psychiatrique ne signifie pas qu'un sujet détenu soit nécessairement à risque de passage à l'acte par violence psychiatrique. Il convient à présent de décrire les situations à risque de violence psychiatrique en détention.

### I.C.2. Nature de la violence psychiatrique en détention

L'étude descriptive des troubles psychiatriques en détention nous permet de cibler les situations à risque en milieu carcéral.

En termes de trouble de l'humeur, les risques principaux sont le choc carcéral et la crise suicidaire, plus fréquents en début d'incarcération. Le risque associé aux troubles anxieux est le raptus anxieux. Concernant les troubles psychotiques, il s'agit de l'épisode psychotique aigu. Enfin l'addiction est quant à elle associée au risque de sevrage.

Dans cette sous-partie nous détaillerons les situations à risque de violence psychiatrique en détention en questionnant leur compatibilité avec le qualificatif de « personne détenue violente ».

### *I.C.2.a. Choc carcéral*

Le « choc carcéral » est un trouble de l'adaptation qui se définit comme la survenue de symptômes émotionnels et comportementaux, pénibles ou perturbateurs, en réponse à l'incarcération et à ses conséquences immédiates. Le risque de présenter un état de « choc carcéral » dépend des rapports que le détenu entretient avec l'incarcération avant même que celle-ci ne survienne.

Dans sa thèse portant sur l'expérience carcérale en maison d'arrêt, le sociologue Chantraine<sup>[54]</sup> propose cinq situations idéales-typiques<sup>9</sup> de profils de sujets détenus : 1) l'incarcération inéluctable, attendue ; 2) l'incarcération break, venant rompre une escalade de « dérive délictueuse » ; 3) l'incarcération catastrophe, inattendue et brutale ; 4) l'incarcération calculée, dont le risque est connu et mesuré ; 5) l'incarcération protectrice, venant extraire le sujet d'un milieu violent.

L'idéaltype le plus à risque de « choc carcéral » est celui de l'incarcération catastrophe.

L'incarcération catastrophe est définie par la rupture de la « normalité sociale », idéalement construite autour d'un triptyque travail-logement-famille. Selon ce modèle, la « catastrophe » est l'irruption du délit ou du crime dans ce triptyque et donc dans l'intimité du sujet. Cette rupture de la normalité entraînerait une faille narcissique douloureuse à l'origine d'une sidération<sup>[55]</sup> et/ou d'une restructuration brutale des critères de définition du sujet, c'est-à-dire de son identité<sup>10</sup>.

Plusieurs éléments participent à ce sentiment de catastrophe.

L'arrestation est une première intrusion directe dans l'intimité du sujet lorsqu'elle se fait à son domicile, à son travail ou dans un lieu associé à sa vie quotidienne. Elle est parfois associée à un sentiment d'humiliation d'avoir été menottée devant ses proches.

---

<sup>9</sup> Un idéal-type est un concept sociologique obtenu en accentuant volontairement et unilatéralement un point de vue. Il s'agit d'un outil de comparaison entre théorie et empirisme, qui, par définition, ne reflète pas la réalité clinique, mais qui permet d'isoler des éléments de réflexions.

<sup>10</sup> Identité : sentiment interne d'unité, de cohérence, d'appartenance, de valeur, d'autonomie et de confiance  
[56]

L'arrestation est suivie de l'annonce de l'incarcération aux proches qui n'auraient pas été témoin de la scène. L'appel aux proches est source d'anticipation vis-à-vis de leur réaction supposée (colère, indifférence...) mais aussi vis-à-vis de la révélation des faits.

L'anxiété du sujet est entretenue par l'incertitude concernant sa situation judiciaire. En effet, en dehors d'une procédure de comparution immédiate, le sujet ne connaît ni la durée, ni les conséquences de son incarcération.

Selon le modèle de Chantraine, l'incarcération catastrophe est le résultat d'une incapacité à concevoir le caractère délictueux de l'acte et donc la surprise provoquée par la sanction. La prise de conscience de la responsabilité du sujet dans les faits pour lesquels il est mis en cause peut accentuer un état de souffrance narcissique. C'est notamment le cas des auteurs d'infraction à caractère sexuel dont l'arrivée en détention sera d'autant plus appréhendée que le crime est stigmatisé.

Le « choc carcéral » est un terrain propice aux syndromes anxio-dépressifs dont les risques principaux sont la crise suicidaire et le raptus anxieux, que nous détaillerons ci-après.

#### *I.C.2.b. Crise suicidaire et équivalents suicidaires*

La violence dirigée contre soi est fréquente en détention. Interrogés sur le sujet, les surveillants pénitentiaires affirment pour 85% d'entre eux avoir été confronté à l'automutilation ou la tentative de suicide d'un sujet détenu, et pour près de 45% avoir été confronté à un suicide <sup>[43]</sup>.

En détention, comme en milieu ouvert, il existe deux situations à risque de tentative de suicide et nécessitant une évaluation psychiatrique du risque suicidaire immédiat, il s'agit de la crise suicidaire et de la confrontation à un équivalent suicidaire.

La crise suicidaire est un trouble psychiatrique aigu associant une souffrance morale majeure à la présence d'idéations suicidaires envahissantes. Elle survient au décours d'un épuisement subjectif

des ressources du sujet, pour lequel le suicide apparaît progressivement comme la seule solution pour sortir de cet état de crise <sup>[57]</sup>. La crise suicidaire est souvent associée à un épisode dépressif caractérisé comorbide, mais peut également être observé en dehors de tout trouble de l'humeur caractérisé.

Les équivalents suicidaires sont un ensemble de conduites, souvent répétitives, exprimant symboliquement un désir de mort sans intentionnalité suicidaire immédiate. Ce désir de mort peut s'exprimer explicitement (grève de la faim, mésusage médicamenteux, automutilations...) ou implicitement (troubles du comportement alimentaires, toxicomanie, refus de soins, prises de risque ou négligences relatives à la sécurité...) <sup>[58]</sup>. La présence de ces équivalents suicidaires doit faire rechercher l'existence d'une crise suicidaire et est à distinguer des conduites autothérapeutiques sans désir de mort (notamment l'utilisation des scarifications à visée de décharge pulsionnelle).

L'évaluation du risque suicidaire en détention suit les mêmes recommandations qu'en milieu ouvert, mais il existe certaines particularités propres à la population carcérale.

L'urgence suicidaire peut être sous-estimée par la présentation atypique des épisodes dépressifs caractérisés chez le sujet détenu. Selon Manzanera <sup>[59]</sup>, l'épisode dépressif en milieu carcéral est marqué par une inhibition psychomotrice modérée voire absente, une humeur pouvant passer pour adaptée aux conditions de vie du sujet et une culpabilité rarement exprimée directement.

En prison, plus de 80% des tentatives de suicides et automutilations seraient l'œuvre de sujets présentant une « personnalité limite à expression psychopathique », dont l'impulsivité est à la fois un critère diagnostique et un critère d'urgence du risque suicidaire <sup>[59]</sup>. Du fait de ces traits de personnalité psychopathiques, il existe un risque que les violences dirigées contre soi deviennent un moyen de revendication (violence utilitaire). Pour autant, ces violences ne doivent pas être banalisées, le risque de suicide étant six à onze fois plus élevé chez les sujets avec antécédent d'automutilations, que dans le reste de la population carcérale <sup>[60]</sup>.



Le profil type des suicidés en détention est l'adulte jeune, primaire<sup>11</sup>, célibataire, sans enfant et sans emploi <sup>[59]</sup>, auxquels s'associent des facteurs précipitants tel que les mesures de détentions provisoires et l'isolement physique (mesure disciplinaire) <sup>[57]</sup>. Les moyens létaux utilisés sont majoritairement la pendaison (90%), l'intoxication médicamenteuse volontaire (7%), la phlébotomie (5%) et la défenestration (2%) <sup>[60]</sup>.

Bien que susceptible de porter atteinte au « maintien du bon ordre de l'établissement ou à la sécurité publique », le sujet détenu auteur de violence dirigée contre lui-même n'est pas qualifié de « personne détenue violente » au sens pénal du terme. Lorsque le risque de passage à l'acte est élevé, il relève d'une prise en charge médicale. Le risque de récurrence est élevé dans le premier mois suivant une automutilation et les six premiers mois suivant une tentative de suicide.

#### *1.C.2.c. Raptus anxieux*

Le raptus anxieux est un concept emprunté à l'École de Psychiatrie Française et ne faisant pas consensus selon les classifications actuelles (CIM 10, DSM 5). Ce trouble psychiatrique aigu est un état d'agitation psychomotrice, aux frontières du trouble psychotique bref avec facteur de stress et de la réaction aiguë à un facteur de stress avec symptômes dissociatifs. Il est à distinguer de la crise clastique ou épisode comportemental explosif <sup>[61]</sup> décrit selon le DSM 5 comme un état d'agressivité résultant d'un trouble du contrôle des impulsions, sans altération de la conscience.

Le raptus anxieux est une réaction brutale, paroxystique, automatique, plus ou moins consciente ou amnésique, au cours de laquelle le sujet libère de façon explosive une importante tension émotionnelle ou affective. Il s'agit d'un état transnosographique dont les risques principaux sont la violence dirigée contre soi ou envers autrui. <sup>[62, 63]</sup>

---

<sup>11</sup> Le terme primaire désigne le sujet incarcéré pour la première fois.

Le passage à l'acte au cours d'un raptus anxieux est le plus souvent imprévisible. Il s'agit par définition d'un état bref et transitoire dont le risque de récurrence dépend de l'existence ou non d'une pathologie psychiatrique sous-jacente.

Du fait d'un retour rapide à l'état de base du sujet, le raptus anxieux n'est pas nécessairement identifié en tant que tel. Le passage à l'acte hétéro-agressif au cours du raptus anxieux peut donc conduire à qualifier le sujet de « personne détenue violente » au sens pénal du terme.

#### *I.C.2.d. Episode psychotique aigu*

Un épisode psychotique aigu est un trouble psychiatrique de début brutal, marqué par la prédominance d'idées délirantes polymorphes (dans leurs thèmes et dans leurs mécanismes), s'associant fréquemment à une désorganisation intellectuelle et de manière inconstante à des caractéristiques thymiques où prédomine une angoisse majeure. <sup>[64, 65, 66]</sup>

Le risque de violence au cours de l'épisode psychotique aigu est d'origine multiple. En effet, l'angoisse générée par les idées délirantes peut favoriser l'émergence d'un raptus anxieux et donc d'un passage à l'acte brutal. De plus, l'existence d'une désorganisation comportementale peut être l'occasion d'une agitation psychomotrice et donc d'une violence non dirigée. Enfin, le passage à l'acte violent peut être motivé par les idées délirantes elles-mêmes (injonction délirante, comportement de défense vis-à-vis d'un danger perçu).

Lorsque le tableau clinique est dominé par la présence d'idées délirantes, leur identification comme telles peut être difficile du fait de l'existence d'un phénomène pouvant prêter à confusion dans les lieux de privation de liberté : la rumeur.

La rumeur est une croyance collective qui se répand de bouche à oreille. Elle se différencie de l'idée délirante par l'absence initiale de conviction du sujet, mais s'en approche par sa résistance au démenti – voire son renforcement face au démenti. La rumeur peut également être alimentée par des

interprétations pseudo-délirantes, fondées sur la perception erronée d'un évènement qui ne sera plus questionnée à mesure que son récit se répand.

Identifier une rumeur ou une idée délirante en détention, est difficile du fait de l'existence de thèmes communs et fréquents : empoisonnement, persécution. <sup>[43]</sup>

*« [...] Des arrivants ne veulent pas manger leur repas parce que la rumeur circule dehors qu'on met des somnifères dans les plats. »*

*« La "surveillance constante" dont ils [les détenus] sont l'objet [...] contribue largement à l'émergence de ce phénomène [la paranoïa]. Un détenu nous dira par exemple qu'il est persuadé qu'il y a dans sa cellule une caméra qui surveille ses faits et gestes en permanence, bien que d'autres détenus l'aient assuré du contraire. »*

Chauvenet A., La violence carcérale en question [43]

Comme nous l'avons vu précédemment (voir partie I.B.1.b. Adaptation du modèle écologique de la violence au milieu carcéral), la méfiance est un mécanisme de défense fréquent en détention. Ce phénomène peut être enrichi par la rumeur et mimer l'existence d'idées délirantes de persécution.

Par ailleurs, l'expression d'idées délirantes n'est pas toujours d'origine psychiatrique, mais peut être la manifestation d'un état de confusion, tel que l'on peut l'observer au cours du sevrage (voir partie I.C.2.e. Sevrage) mais aussi dans d'autres pathologies organiques.

On citera également le syndrome de Ganser, ou « état crépusculaire hystérique », décrit de façon privilégiée en milieu carcéral par Ganser lui-même et pouvant mimer l'existence d'un trouble psychotique (réponses absurdes, hallucinations, états d'excitation...) d'apparition et de régression brutale.

Ainsi, l'expression par le sujet de croyances bizarres, portant directement sur le fonctionnement carcéral, pourra – à tort ou à raison – être interprétée comme une rumeur et non une idée délirante.

Le sujet délirant auteur de violence ne sera pas systématiquement perçu comme tel et peut, par conséquent, être qualifié à tort de « personne détenue violente » par le personnel pénitentiaire.

#### *I.C.2.e. Sevrage*

Sur le plan psychique, le sevrage brutal d'une substance entraîne toujours une nervosité, parfois même anticipatrice. L'intensité des symptômes psychiques de manque dépend de la substance, de la fréquence et des circonstances de consommation du sujet (festif, anxiolytique, hypnotique...). Ainsi, le sevrage peut s'accompagner de la décompensation d'un trouble psychiatrique comorbide (par exemple, l'hypervigilance anxieuse d'un trouble de stress post-traumatique masquée par une consommation chronique de cannabis, décompensée lors de l'arrêt brutal) et favoriser la survenue des situations à risque de violence sus-citées.

Mais il existe également de nombreux symptômes psychiques d'origine neurologique, du fait de la privation brutale des neurones de la substance psychoactive qui les imprégnait. Le tableau 5 résume les symptômes psychiques observés lors du sevrage et leur délai d'apparition.

Tableau 5 Symptômes psychiques de sevrage et délai d'apparition en fonction de la substance consommée <sup>[67]</sup>

<b>Substance</b>	<b>Délai</b>	<b>Symptômes psychiques lors du sevrage</b>
<b>Tabac</b>	Quelques heures	Impatience, irritabilité, anxiété, humeur dysphorique
<b>Alcool</b>	Quelques heures	Sevrage simple : insomnie, cauchemars, irritabilité, agitation Delirium tremens : agitation, confusion, délire onirique, hallucinations, envahissement visuel majeur et effrayant
<b>Cannabis</b>	24-72 heures	Irritabilité, agressivité, anxiété, impatience, insomnie, cauchemar
<b>Benzodiazépines et apparentés</b>	Quelques heures	Anxiété, confusion, hallucinations, insomnie
<b>Cocaïne</b>	Quelques heures	Humeur dysphorique, ralentissement ou agitation, impatience
<b>Opiacés</b>	6-12 heures	Anxiété, attaque de panique, irritabilité, craving, agressivité, agitation, humeur dysphorique
<b>Amphétamines</b>	Quelques jours	Humeur dysphorique, anhédonie, insomnie
<b>Hallucinogènes</b>	Quelques jours	Hallucinations géométriques, fausse perception de mouvement

L'ensemble des symptômes psychiques cités dans le tableau 5 peut favoriser la survenue d'un passage à l'acte par violence psychiatrique (raptus anxieux, épisode psychotique aigu), mais également par violence criminologique. En effet, lorsque le passage à l'acte a pour objectif de se procurer la substance de prédilection du sujet, il s'agit d'une violence intentionnelle, c'est-à-dire criminologique, malgré l'existence de symptômes psychiatriques.

Outre les troubles psychiatriques à risque de violence cités ci-dessus, il est à noter qu'il existe d'autres situations de risque de violence psychiatrique. Ces situations de violence pourront notamment être observées dans le cas des troubles du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité et celui des troubles de personnalité, dont la prévalence est inconnue en détention et dont la clinique est fortement marquée par la question de « l'agir ».

### I.C.3. Clinique de « l'agir »

#### *I.C.3.a. La clinique de « l'agir »*

Selon Manzanera <sup>[59]</sup>, la sémiologie psychiatrique en détention se distingue de la clinique en milieu ouvert par la prééminence donnée à « l'agir », dont est témoin le passage à l'acte criminel à l'origine de l'incarcération.

« L'agir » est un concept emprunté à la psychanalyse pour désigner une action impulsive, isolable dans l'histoire du sujet (c'est-à-dire en rupture avec son fonctionnement habituel), se manifestant souvent sous forme auto ou hétéroagressive <sup>[68]</sup>.

En se basant sur les travaux de Lacan et de Freud, Favre <sup>[68]</sup> postule que « l'agir » serait un moyen de libérer une tension pulsionnelle chez un sujet présentant un défaut d'élaboration psychique et régressant vers un registre comportemental. Par opposition, chez le sujet sain, la pensée permettrait de libérer la tension pulsionnelle par son activité de représentation de l'action (scenarii fantasmatiques).

Cette conception de « l'agir » est ensuite reprise par de nombreux psychanalystes décrivant tantôt cette décharge pulsionnelle comme un moyen « d'éviter le processus de pensée » (Rousillon) ou comme un « défaut structural de la capacité de mentalisation » (Raoult) <sup>[68]</sup>.

Ce défaut d'élaboration psychique peut ainsi être attribué à différents troubles psychiatriques allant des troubles névrotiques (évitement, production de défense) aux troubles psychotiques (trouble du cours de la pensée, désorganisation intellectuelle), en passant par la déficience intellectuelle (carence dans les processus de mentalisation). Lors d'un passage à l'acte, on parle ici d'agitation psychomotrice.

Cependant, il existe une forme « d'agir » sans résolution des conflits internes, notamment dans le cas des troubles de personnalité, le sujet ne cherche pas à neutraliser ses conflits internes mais

produit au contraire ses pulsions en actes (impulsivité). En cas de passage à l'acte, on parle ici d'agressivité.

Bien que la psychiatrie nous apporte ici une approche théorique du passage à l'acte violent, le risque de violence ne relève pas nécessairement d'une évaluation et/ou d'une prise en charge psychiatrique, mais parfois d'un risque criminologique et de mesures disciplinaires, ce dont faisait déjà état Henri Ey en 1960 <sup>[64]</sup>.

**A propos des troubles graves de caractère qualifiés ici de « borderline »** « *Ces types de borderline soulèvent des difficultés souvent considérables du point de vue médico-légal et du point de vue de l'assistance. [...] Souvent aux frontières de la psychiatrie et de la criminologie, ils constituent un groupe de « cas difficiles » à tous les égards.* »

Ey H., Les troubles graves du caractère <sup>[64]</sup>

Selon Manzanera <sup>[59]</sup>, la violence en prison serait majoritairement le fait de sujets présentant une « personnalité limite à expression psychopathique » (80% des tentatives de suicide ou automutilation, 60% des incidents graves) et donc le produit d'une agressivité.

L'impulsivité n'est pas pathognomonique d'un trouble de personnalité, elle peut également relever de l'expression psychopathique de certains troubles, dont le trouble déficit de l'attention avec/sans hyperactivité (TDAH) est un cas particulier.

### *I.C.3.b. Cas particulier du Trouble Déficit de l'Attention avec/sans Hyperactivité*

Par définition, le trouble déficit de l'attention avec/sans hyperactivité (TDAH) se manifeste par une impulsivité exacerbée, majorant la vulnérabilité du sujet de présenter des facteurs de risque de violence en général (échec scolaire, instabilité relationnelle et professionnelle) <sup>[69]</sup> ou vis-à-vis d'autres

troubles du comportement eux-mêmes associés à un risque de violence (trouble des conduites, troubles de consommations de substances psychoactives).

Selon une méta-analyse de 2018 <sup>[70]</sup>, la prévalence du TDAH en population adulte incarcérée est de 26%. Ce résultat est semblable aux résultats de la méta-analyse de Young *et al.* <sup>[71]</sup> et significativement supérieur à la prévalence du TDAH parmi les adultes en population générale, estimée à 2,5%. Il existe donc une surreprésentation des adultes avec TDAH parmi les sujets détenus.

Selon Young *et al.*, le risque de comorbidité psychiatrique chez le sujet avec TDAH est supérieur au risque en population générale et cette vulnérabilité est encore majorée en détention.

Selon cette étude, chez le sujet majeur avec TDAH, il existe deux fois plus de risque d'avoir un antécédent de trouble des conduites ou de trouble de consommation de substance psychoactive ; trois fois plus de risque de présenter un trouble anxieux ou de trouble de personnalité ; quatre fois plus de risque de souffrir d'un trouble de l'humeur, essentiellement sur un mode dépressif.

En cas de comorbidité, le TDAH représente un facteur de vulnérabilité face au passage à l'acte par violence criminologique, du fait de la multiplication des facteurs de risque communs de violence, mais également par violence psychiatrique sur le mode d'une agressivité tel que décrit au travers de l'agir.

Les troubles de personnalité à expression psychopathique et le TDAH ne sont accessibles aux soins qu'au prix d'une volonté de changement du sujet.

C'est pourquoi l'évaluation du risque de violence psychiatrique en prison repose nécessairement sur la question des indications de prise en charge psychiatrique ambulatoire en détention.



#### I.C.4. Indications de prise en charge psychiatrique ambulatoire en détention

La prise en charge psychiatrique en général repose sur le projet de soin. S'il ne peut pas exister de projet de soin, il n'existe pas d'indication de prise en charge psychiatrique et ce malgré l'existence d'un trouble.

L'établissement d'un projet de soin dépend de critères de trois types : individuels, liés au cadre de soin et aux recommandations en vigueur en termes de santé mentale.

Les critères individuels sont le consentement aux soins, l'existence d'une demande adaptée et/ou la participation active au projet.

Tout soin et toute consultation psychiatrique dispensés au sein de la prison doivent être consentis par le patient y compris en situation d'urgence. Lorsque le patient ne relève pas d'une hospitalisation sous contrainte à temps complet et ce malgré la présence d'un trouble, il ne peut lui être imposé aucune prise en charge en détention.

Le projet de soin est élaboré à partir de la demande, c'est-à-dire la plainte directe du patient et/ou une symptomatologie psychiatrique identifiée par le soignant. Il existe trois situations possibles en matière de demande de soin.

Dans la première situation, le patient exprime une demande adaptée, accessible à un soin, une prise en charge lui est proposée selon les recommandations en vigueur.

Dans la deuxième situation, le patient n'exprime aucune plainte mais présente un trouble psychiatrique, on tâchera de travailler l'adhésion aux soins et de recueillir le consentement du patient. Si le patient s'oppose à la prise en charge, sans que les troubles psychiatriques ne justifient la mise en place de soins immédiats assortis d'une surveillance médicale constante <sup>[72]</sup>, il sera impossible de mettre en place des soins.

Dans la troisième situation, aucune demande initiale ne peut être mise en évidence ou celle-ci est inadaptée. Si la demande n'est pas motivée par un désir de soin mais par la recherche de bénéfices

secondaires (valeur occupationnelle des entretiens, remises de peine, placement en cellule seul, demande de privilèges tels que l'accessibilité à un travail en détention...), on tâchera de questionner le sujet au travers de nouveaux entretiens en laissant une opportunité pour le sujet d'exprimer une demande adaptée, psychothérapeutique notamment. S'il n'émane aucune demande, il ne sera pas proposé de soin.

Dans le cas où une demande a été identifiée, le projet de soin peut encore être mis en échec par l'absence de participation du patient. Cette situation sera l'occasion de réévaluer la demande initiale. Si la demande est confirmée, le projet de soin sera adapté en conséquence mais pourra ne pas aboutir selon la disponibilité de l'offre de soin et les conditions de détention (impossibilité pour un détenu de se présenter en consultation du fait de mesures disciplinaires, incarcération de courte durée, transfert entre établissement...)

Enfin, le projet de soins dépend de l'existence ou non d'un consensus quant à la prise en charge du trouble présenté par le sujet, selon l'état des connaissances actuelles.

Cette limite s'applique aux troubles de personnalité et aux déficiences intellectuelles à expression psychopathique pour lesquels il n'existe aucun consensus.

Selon les recommandations actuelles de la Haute Autorité de Santé <sup>[73]</sup>, la prise en charge thérapeutique des troubles à expressions psychopathiques nécessite une coordination avec la prise en charge sociale (limitée par la privation de liberté du patient). Les thérapies cognitivo-comportementales et psychodynamiques peuvent être utiles sans préjuger de leur efficacité concrète.

Compte-tenu de la fréquence de troubles à expression psychopathique en détention, un projet de soin ne sera proposé que lorsque le sujet exprime une demande adaptée quant à la prise en charge de son trouble (demande de changement) et est actif dans ses soins ; ou en cas de comorbidité psychiatrique.

### I.C.5. Synthèse : personne détenue violente par violence psychiatrique

Au travers des caractéristiques épidémiologiques de la population carcérale, nous avons vu que la nature et la prévalence des troubles psychiatriques les plus fréquents en détention varient au cours de l'incarcération. Lors de leur acutisation, ces troubles sont associés à différentes situations à risque de violence psychiatrique pour lesquelles il n'existe pas de statistiques propres.

Parmi les situations à risque, seules les agitations psychomotrices (par exemple : raptus anxieux, épisode psychotique aigu) et les états d'agressivité par troubles du contrôle des impulsions (par exemple : TDAH, trouble explosif intermittent) sont compatibles avec la double qualité de « personne détenue violente » et « Patient détenu ».

Les agitations psychomotrices relèvent d'une prise en charge médicale urgente car elles sont suspectes de l'existence d'un trouble psychiatrique aigu, mais ne sont pas toujours identifiées comme telles. L'agressivité ne relèvera d'une prise en charge psychologique ou psychiatrique qu'au prix d'une volonté de changement du sujet et donc d'une demande de soin.

#### **I.D. Définition de la personne détenue violente**

A partir de la description de la violence en prison, nous pouvons affiner la définition de la « personne détenue violente ».

La « personne détenue violente » est un sujet détenu présentant un risque résiduel de violence élevé, attesté par la récurrence et/ou l'intensité des passages à l'acte violent dirigés contre autrui et échappant aux mesures de gestion de risque habituellement mises en œuvre en détention classique.

Lorsqu'il existe un trouble psychiatrique, la qualité de « personne détenue violente » est compatible avec celle de « Patient Détenu », soit parce les troubles ne sont pas de nature à altérer le discernement, soit parce qu'ils ne sont pas identifiés comme tels.

Après avoir défini la population cible des Unités pour personnes Détenues Violentes (UDV), nous allons à présent définir le cadre de ces unités.

## **II. Unités pour personnes Détenues Violentes**

Afin de comprendre ce que sont les Unités pour personnes Détenues Violentes et de mettre en évidence le besoin auquel elles répondent, il est nécessaire d'explicitier le contexte de leur création.

### **II.A. Contexte de création des Unités pour personnes Détenues Violentes**

La création des Unités pour personnes Détenues Violentes (UDV) fait suite aux mouvements sociaux de 2018 et à la grève inédite des surveillants pénitentiaires. Il s'agit d'une des réponses apportées au sentiment d'insécurité des agents de détention, tout comme la parution d'autres décrets, relatifs à la radicalisation ou encore aux renseignements pénitentiaires <sup>[74]</sup>.

La première Unité pour personnes Détenues Violentes (UDV) à avoir ouvert ses portes est celle de Lille-Sequedin le 15 avril 2019, devant précéder l'ouverture de neuf autres UDV alors prévue pour la fin de l'année 2019. <sup>[75]</sup>

Nous allons ci-après citer les mesures judiciaires de gestion de la violence afin de mettre en évidence les spécificités des UDV.

#### **II.A.1. Cadre et recueil d'informations**

La violence interpersonnelle en détention est d'abord contenue par le cadre institutionnel des établissements pénitentiaires, c'est-à-dire la formation de ses agents, l'existence de commissions pluridisciplinaires (CPU) et d'un logiciel national d'informations (Genesis).

### *II.A.1.a. Formation des agents*

La formation des agents est inscrite dans le Code Pénitentiaire, répondant ainsi aux obligations éthiques soulevées par les règles Nelson Mandela, selon lesquelles l'ensemble du personnel pénitentiaire doit recevoir une formation et des enseignements communs portant sur la Loi, leurs droits et devoirs envers les sujets détenus, la sécurité et la sûreté, et les premiers soins. De plus, toujours selon les règles Mandela, les membres du personnel s'occupant de catégories spécifiques de détenus doivent bénéficier d'une formation spécialisée correspondante<sup>[76]</sup>.

En France, la formation des surveillants pénitentiaires dure dix-huit mois (six mois d'enseignement théorique et douze mois d'enseignement pratique comme surveillant stagiaire). La nature des enseignements est inscrite dans la Loi et porte notamment sur le positionnement professionnel, l'acquisition de connaissances juridiques et réglementaires, l'apprentissage de techniques et gestes nécessaires au maintien de l'ordre et de la sécurité dans les établissements pénitentiaires, ainsi que la formation aux gestes de secours civiques<sup>[77]</sup>.

### *II.A.1.b. Commission pluridisciplinaire unique (CPU)*

La commission pluridisciplinaire unique (CPU) a pour objectif de déterminer le lieu d'affectation des personnes détenues et les mesures complémentaires associées.

La CPU est présidée par le chef de l'établissement pénitentiaire ou son représentant. Elle comporte plusieurs intervenants représentant les différents services pénitentiaires (insertion et probation, travail, formation professionnelle, enseignement, responsable de secteur) et peut sur convocation du directeur comprendre le psychologue en charge du parcours d'exécution de la peine et/ou un représentant des services sanitaires (somatique et/ou psychiatrique).<sup>[78]</sup>

Cette commission se décline sur plusieurs thèmes, dont trois nous intéressent dans l'évaluation du risque de violence : nouvel arrivant, prévention du suicide et dangerosité/vulnérabilité [79].

La décision et les informations recueillies au cours de la CPU sont ensuite consignées dans un logiciel de traitement automatisé de données à caractère personnel (logiciel Genesis).

#### *II.A.1.c. Gestion nationale des personnes détenues en établissement pénitentiaire (Genesis)*

Selon l'article R240-1 du Code Pénitentiaire [80], le logiciel Genesis (pour Gestion nationale des personnes détenues en établissement pénitentiaire) a pour objectif l'exécution des sentences pénales et judiciaires, la gestion de la détention des sujets écroués, la sécurité des sujets détenus et la coordination du parcours de la personne détenue.

A ces fins, le logiciel Genesis comprend de nombreuses données à caractère personnel, accessibles à l'ensemble des membres de la CPU mais également consultables par tout membre du personnel pénitentiaire habilité par le chef d'établissement [81].

Le personnel pénitentiaire consigne dans ce logiciel l'ensemble des procédures pénitentiaires mises en œuvre pour un sujet donné (mesure disciplinaire, isolement, fouilles...) mais également de nombreuses informations relatives aux facteurs de risque de violence (familiaux, sociaux, économiques et sanitaires).

Parmi les informations recueillies, on trouve de façon non exhaustive les antécédents de placement SMPR (Service médico-psychologique régional), de placement Unité pour Malades Difficiles (UMD), d'hospitalisation sous contrainte à la demande du représentant de l'état, de suivis (somatique, psychologique ou psychiatrique) actuels et passés, de tentative de suicide, d'addiction, ainsi que les antécédents familiaux de suicide ou tentative de suicide [79].

Dans le cadre de la prévention du suicide, il est également fait mention du comportement du sujet, dont les termes consacrés selon la Loi sont « manifestement délirant », « en état de choc », « dépressif », « anxieux », « triste », « agressif », « se déclare spontanément suicidaire », sans préciser les critères déterminant de tels qualificatifs <sup>[79]</sup>.

En fonction des informations recueillies concernant les antécédents du sujet ou son comportement à l'arrivée en détention, le personnel pénitentiaire pourra rédiger un signalement à l'attention du service sanitaire concerné (somatique ou psychiatrique), équivalent à une demande d'évaluation. Toute modification comportementale au cours de la détention pourra également être consignée dans Genesis sous forme d'un cahier d'observations duquel découleront diverses mesures complémentaires explicitées ci-après (voir partie II.A.3.a. Signalements et mesures de surveillance complémentaires).

Dès son inauguration en 2014, le logiciel Genesis a fait soulever la question du secret médical en milieu carcéral. En 2015, suite aux sollicitations de l'Association des Professionnels de Santé Exerçant en Prison (APSEP) et de l'Association des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire (ASPMP), via le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), le Conseil d'Etat a modifié par arrêts les textes de Loi relatifs au logiciel Genesis en réduisant la durée de conservation des données à 2 ans et en abrogeant la consignation d'observations médicales dans Genesis <sup>[82]</sup>.

A nouveau sollicitée en 2018 par l'APSEP et l'ASPMP, le CNOM s'est prononcé sur l'état actuel du dispositif Genesis en affirmant que le recueil des données sanitaires n'est pas strictement médical et est de l'intérêt du patient <sup>[83]</sup>.

## II.A.2. Prévention primaire

Les mesures de réduction des risques de violence en détention reposent majoritairement sur deux axes : la lutte contre les facteurs de risque commun de violence (insertion et autres mesures) et le placement systématique des « arrivants »<sup>12</sup> dans un quartier spécifique (quartier arrivant).

### *II.A.2.a. Activités en détention*

Comme nous l'avons vu précédemment (voir partie I.B. Violence criminologique en prison) et de façon non exhaustive, la précarité, le manque d'appui ou encore les difficultés associées à la procédure judiciaire en cours, sont des facteurs de risque commun de violence.

C'est pourquoi la prévention primaire du risque de violence repose majoritairement sur les actions d'insertion tels que décrit dans le règlement type des établissements pénitentiaires <sup>[84]</sup> : le travail, la formation professionnelle, l'enseignement, l'assistance spirituelle, l'action socioculturelle, les activités physiques et sportives, l'intervention du service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP).

Outre les actions d'insertion, la lutte contre les facteurs de risque de violence repose également sur le maintien des liens familiaux ou la possibilité de bénéficier d'un visiteur de prison (appui), ainsi que l'accès à une « cantine »<sup>13</sup>.

Il est à noter que ces actions ne permettent pas seulement de contrôler le risque de violence criminologique du sujet, mais qu'elles présentent également une qualité occupationnelle pour les sujets détenus. En luttant contre l'inactivité, ces actions diminuent le risque de violence psychiatrique

---

<sup>12</sup> Arrivant : Désigne le sujet écroué du début de l'incarcération jusqu'à son placement définitif dans l'un des quartiers de l'établissement pénitentiaire.

<sup>13</sup> Cantine : Désigne le service par lequel le sujet détenu peut acquérir divers objets ou denrées d'usage courant en échange d'une somme d'argent retenue sur son compte nominatif.



(valeur hédonique, sens donné au temps en détention, diminution de la frustration, libération d'une tension pulsionnelle...).

Afin de favoriser la participation des sujets incarcérés à ces actions, ceux-ci sont informés de la possibilité de bénéficier d'une Réduction de Peine Supplémentaire (RPS) s'ils manifestent des efforts de réadaptation sociale <sup>[60]</sup>.

#### *II.A.2.b. Quartier Arrivant*

A son arrivée en détention le sujet écroué est placé dans une « cellule d'attente » <sup>[85]</sup> jusqu'à son affectation en quartier. Les locaux accueillant ces cellules d'attente sont communément appelés « quartier arrivant ».

Ce placement provisoire permet au personnel pénitentiaire d'observer et d'évaluer le sujet arrivant afin de déterminer le lieu d'affectation le plus adapté (compatibilité avec la population incarcérée dans un quartier donné et avec un potentiel codétenu). L'implantation réussie des détenus permet de diminuer les tensions de cohabitation et ainsi de diminuer le risque de violence (voir partie I.B.3.b. Facteurs favorisant relationnels).

Le placement définitif du sujet sera déterminé au cours d'une Commission Pluridisciplinaire Unique (CPU).

#### II.A.3. Prévention secondaire

La prévention secondaire de la violence en détention consiste en la mise en œuvre de mesures complémentaires ciblant les sujets à risque élevé de violence et la détection des phénomènes violents.

### *II.A.3.a. Signalements et Mesures de surveillance complémentaires*

Afin de garantir la protection des détenus, les surveillants pénitentiaires ont un rôle d'observation. Le résultat de cette surveillance est consigné dans un « cahier d'observation » au sein du logiciel Genesis.

En termes de violence, lorsqu'un agent estime qu'il existe un péril pour le sujet détenu (hétéro ou auto-agressivité, ou risque d'être victime de violence), il peut rédiger un signalement à l'intention du service pénitentiaire ou sanitaire concerné.

Ce signalement pourra le cas échéant conduire à des mesures de surveillances complémentaires (surveillance adaptée en cas de risque auto-agressif ou renforcée en cas de risque hétéroagressif) ou à l'aménagement des conditions de détention (encellulement seul, doublement en cellule, placement en quartier spécifique [voir partie II.A.4.]).

Les sujets écroués ont la possibilité d'écrire un courrier aux unités sanitaires de l'établissement pénitentiaire où ils sont détenus. Néanmoins, selon Chauvenet *et al.* <sup>[43]</sup>, la majorité des sujets détenus présentant une instabilité psychique sont découverts par le biais des signalements des agents. Cette affirmation met de nouveau en lumière la relation de dépendance des sujets écroués envers le personnel pénitentiaire, l'accès aux soins pouvant être dépendant des qualités observationnelles des surveillants pénitentiaires.

### *II.A.3.b. Compte-rendu d'incident (CRI)*

Le signalement des faits de violence est une obligation professionnelle de l'ensemble du personnel pénitentiaire. En effet, qu'il s'agisse de violence exercée par un sujet détenu ou par un autre membre du personnel, le personnel qui en serait témoin doit porter les faits sans délai à la connaissance de sa hiérarchie <sup>[86,87]</sup>. Dans le cas où l'auteur de violence est un sujet détenu, ce signalement prend la forme d'une Compte-Rendu d'Incident (CRI).

Le CRI est « *le document par lequel un agent de l'administration pénitentiaire rend compte à sa hiérarchie d'un comportement ou de faits imputables à une personne détenue et susceptibles de constituer un manquement à la discipline* »<sup>[88]</sup>.

Selon le Code Pénitentiaire, l'auteur du CRI décrit les faits reprochés, les circonstances des faits et toute information utile sur la « personnalité » de la personne mise en cause<sup>[89]</sup>. Cette description entre en contradiction avec la circulaire 9 juin 2011 relative au régime disciplinaire des personnes détenues majeures, selon laquelle l'auteur doit s'abstenir de toute considération subjective sur le caractère, le comportement ou les motivations de la personne détenue<sup>[90]</sup>.

La décision de donner suite ou non à un CRI revient à la hiérarchie, qui pourra alors ordonner une enquête. Dans chaque établissement, les CRI sont recensés mensuellement et analysés par catégorie<sup>[37]</sup>.

Selon le Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté (CGLPL), il existe une sous-déclaration des évènements<sup>[37]</sup>. Celle-ci s'explique parfois par la non rédaction de CRI, mais aussi comme le soulignent *Chauvenet et al.*, par le fait que les sujets détenus peuvent dissimuler les évènements par manque de confiance envers le personnel ou par peur de représailles<sup>[43]</sup>.

*« Le constat général est celui d'une sous-déclaration des évènements. Les raisons en sont multiples, dépendantes des institutions et de leur organisation, de l'importance portée à ces faits, de la qualification de ceux-ci, des conséquences de ces déclarations pour le personnel et les victimes, des outils mis à la disposition de chaque catégorie de personne, etc. »*

Le Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté, Les violences interpersonnelles dans les

lieux de privation de liberté<sup>[37]</sup>

A l'issue de l'enquête, la déclaration des événements pourra conduire à une sanction disciplinaire dont le degré sera fonction de la nature des faits <sup>[91]</sup>, assortie le cas échéant à un renforcement des mesures de surveillances et/ou un placement dans un quartier spécifique.

#### II.A.4. Prévention tertiaire

La prévention tertiaire de la violence en détention est l'ensemble des sanctions prises pour lutter contre la récidive violente.

##### *II.A.4.a. Violences interpersonnelles accessibles à une sanction disciplinaire*

Le sujet détenu majeur auteur de violence interpersonnelle commet une faute disciplinaire du premier degré (voir extrait ci-après).

*« Constitue une faute disciplinaire du premier degré le fait, pour une personne détenue :*

*1° D'exercer ou de tenter d'exercer des violences physiques à l'encontre d'un membre du personnel ou d'une personne en mission ou en visite dans l'établissement ;*

*2° D'exercer ou de tenter d'exercer des violences physiques à l'encontre d'une personne détenue ;*

*3° D'opposer une résistance violente aux injonctions des personnels ;*

*4° D'obtenir ou de tenter d'obtenir par violence, intimidation ou contrainte la remise d'un bien, la réalisation d'un acte, un engagement, une renonciation ou un avantage quelconque ;*

*5° De commettre intentionnellement des actes de nature à mettre en danger la sécurité d'autrui ;*

*6° De provoquer par des propos ou des actes à la commission d'actes de terrorisme ou d'en faire l'apologie ;*

*7° De participer ou de tenter de participer à toute action collective de nature à compromettre la sécurité des établissements ou à en perturber l'ordre ; [...] »*

Il est à noter en matière de violence physique ou d'opposition aux injonctions du personnel, qu'il n'est pas fait mention de l'intentionnalité ni des capacités de discernement du sujet, incluant ainsi l'auteur de violence criminologique autant que l'auteur de violence psychiatrique.

Les sanctions disciplinaires encourues pour le sujet détenu auteur de violence interpersonnelle sont de natures diverses (voir Annexe 2), allant de l'avertissement et la privation de droit au confinement en cellule ordinaire ou disciplinaire.

#### *II.A.4.b. Quartier Disciplinaire (QD)*

Le placement en cellule disciplinaire est une sanction prononcée par une commission de discipline comprenant le chef d'établissement, ou son délégué, et deux membres assesseurs consultatifs.

Les cellules disciplinaires sont des cellules aménagées spécialement à cet effet, situées dans un quartier spécifique appelé quartier disciplinaire (QD).

Ces cellules sont occupées seules et assorties de protocoles de sécurité supplémentaires, ainsi que d'une privation de cantine (autre que pour les produits d'hygiène, de correspondance ou tabac) et de la suspension de l'accès aux activités.

Les sujets détenus en QD bénéficient d'au moins une heure quotidienne de promenade individuelle dans une cour dédiée. Ils conservent le droit à une correspondance écrite, d'effectuer des appels téléphoniques, de rencontrer un visiteur une fois par semaine, de rencontrer les professionnels en charge de son suivi judiciaire, de sa santé ou de sa sécurité.

Le placement en cellule disciplinaire ne peut pas excéder 30 jours pour le sujet majeur <sup>[92]</sup>.

Il n'existe pas de statistique officielle concernant le recours au placement en QD en matière de sanction disciplinaire. L'Observatoire International des Prisons estime qu'il s'agit de la sanction disciplinaire la plus prononcée, plus de « sept fois sur dix » selon lui <sup>[93]</sup>.

### II.A.5. Synthèse

Nous voyons ainsi que les niveaux de préventions primaire et secondaire incluent une lutte active contre les facteurs de risque de violence, absente du niveau tertiaire représenté par des mesures dissuasives et coercitives. Les sanctions disciplinaires n'ont pas été pensées en termes de gestion de risque résiduel de violence mais en termes de réponse punitive à la transgression que constitue le passage à l'acte.

Malgré un placement en quartier disciplinaire le risque résiduel de violence semble au mieux inchangé, au pire exacerbé par les conditions de détention et la majoration des facteurs de risque relationnels de violence (frustration, dépendance, isolement...)

## **II.B. Définir les Unités pour personnes Détenues violentes (UDV)**

La violence d'une « personne détenue violente » résiste aux mesures de gestion de risque habituellement mises en œuvre en détention classique, en termes d'adaptation des conditions de détention, de sanction et le cas échéant de signalement aux unités sanitaires (risque psychiatrique non identifié avant le placement en UDV).

Nous verrons ci-après quelles sont les conditions de détention en Unité pour personnes Détenues Violentes (théoriques et pratiques) et nous discuterons des limites d'un tel dispositif.

### II.B.1. Définition théorique des Unités pour personnes Détenues Violentes

L'organisation des Unités pour personnes Détenues Violentes (UDV) est codifiée par les articles R224-1 à R224-12 du Code Pénitentiaire <sup>[94]</sup>. La mise en application des conditions de détention est

ensuite soumise à un ensemble de protocoles, uniformisés au niveau de l'Administration Centrale (service de la Direction de l'Administration Pénitentiaire) <sup>[95]</sup>

### *II.B.1.a. Population ciblée*

**Tableau 6** Critères d'inclusion et d'exclusion à une affectation en Unité pour personnes Détenues Violentes à la Maison d'arrêt de Strasbourg

<b>Types de critères</b>	<b>Critères d'inclusion</b>	<b>Critères d'exclusion</b>
<b>Critères démographiques</b>	Être un homme Être majeur	Être une femme Être mineur
<b>Etablissement d'origine</b>	Maison d'arrêt Centre de détention Maison centrale type non sécuritaire	Maison centrale type sécuritaire Centre de semi-liberté Centre pour peine aménagée
<b>Type de violence</b>	Violence physique interpersonnelle avérée en détention Risque imminent de passage à l'acte hétéro-agressif	Violence idéologique (radicalisation) Irresponsabilité pénale

En termes de critères démographiques, la limitation de la population éligible au placement en UDV aux hommes majeurs s'explique par deux aspects.

D'une part un risque de violence statistiquement moindre chez les femmes, tel que nous l'avons vu dans la première partie.

D'autre part, par une différence de parcours d'application des peines, le sujet détenu mineur étant sous la responsabilité de la Protection Judiciaire de la Jeunesse.

Concernant l'établissement d'origine, les critères sont peu limitants, hormis un aménagement de peine ne relevant pas d'une privation de liberté à temps plein ou des aménagements préexistant dans le quartier d'origine.

Le risque de violence justifiant d'un placement en UDV est de deux sortes.

Premièrement, des faits de violence physique dirigée contre autrui en détention ayant conduit à une sanction disciplinaire.

Deuxièmement, un risque imminent de passage à l'acte défini par le parcours du sujet détenu (compte-rendu d'incident, observations significatives en termes de violence, placement antérieur en quartier disciplinaire pour faits de violence), par l'expression de velléités de passage à l'acte hétéroagressif, et/ou par les antécédents de condamnation pénale pour fait de violence volontaire associé à des troubles du comportement persistant.

Il existe deux situations où les faits de violence en détention ne justifient pas d'un placement en UDV.

D'une part, les passages à l'acte par violence idéologique, relevant d'une prise en charge en quartier d'évaluation de la radicalisation.

D'autre part, l'identification d'une abolition du discernement au moment des faits (irresponsabilité pénale).

#### *II.B.1.b. Spécificités des conditions de détention en Unité pour personnes détenues violentes*

Une UDV est un quartier de détention distinct du reste de l'établissement pénitentiaire qui l'accueille. Elle est soumise au règlement intérieur général de l'établissement pénitentiaire d'accueil, mais bénéficie d'une réglementation spécifique visant à contenir la violence, tout en garantissant le respect des droits de la personne détenue

Il s'agit d'une unité de petite taille, entièrement vidéo-surveillée, disposant d'une cour de promenade dédiée, ainsi que d'une salle d'activité et d'un bureau d'audience dans la mesure du



possible. Les cellules sont individuelles, meublées avec un mobilier non détachable, validé par la Direction de l'Administration Pénitentiaire (DAP), afin d'éviter la fabrication d'armes artisanales. Les portes des cellules sont équipées de passe-menottes.

Les agents de surveillance disposent d'un vestiaire dédié comportant une dotation individuelle : tenue pare-coup, gilet individuel à port discret, gants anti-coupures, menottes.

Le détenu conserve des droits, sous réserve que leur exercice soit compatible avec les règles de sécurité. Les droits prévus par le Code Pénitentiaire sont le droit à l'information, aux visites, à la correspondance écrite et téléphonique et l'utilisation de leur compte nominatif. L'exercice du culte et les promenades (une heure quotidienne) s'effectuent seul, à l'écart des autres détenus.

#### *II.B.1.c. Procédure d'affectation*

Le placement en UDV est une décision administrative prise par la direction locale de l'établissement d'accueil sur proposition du président de la Commission Pluridisciplinaire Unique dédiée.

Si la « personne détenue violente » est incarcérée dans un établissement disposant d'une UDV, la CPU organise un débat contradictoire, la direction locale décide de son affectation.

Si la « personne détenue violente » est affectée dans un autre établissement, un débat contradictoire est organisé avec étude de dossier. Si la CPU donne un avis favorable au placement en UDV, le directeur local sollicite la Direction Interrégionale des Services Pénitentiaires (DISP) pour une demande de transfert qui sera traitée sans délai.

Une procédure d'urgence de placement provisoire est possible sur décision de la DISP ou du chef de l'établissement d'origine du sujet. Ce placement provisoire sera levé au bout de quinze jours si aucune décision de maintien n'a été prise par la CPU au cours d'un débat contradictoire.

Avant son transfert, le détenu concerné reçoit une notification écrite, au plus tard soixante-douze heures avant le placement effectif en UDV. Cette notice d'information décrit le motif de placement retenu par CPU, ainsi que des informations sur la procédure de détention et la possibilité pour le détenu de préparer des observations écrites ou orales qui seront jointes au dossier de procédure.

Le placement initial en UDV est habituellement de trois mois afin de permettre une évaluation directe (deux semaines) puis une évaluation continue (deux mois et deux semaines). Il est réévalué mensuellement par la CPU qui détermine les modalités de gestion nécessaires (mesures de sécurité, moyens de contrainte, niveau d'encadrement des mouvements...) et propose un programme de prise en charge individuelle adapté, comprenant des activités individuelles et/ou collectives.

La durée maximale de placement en UDV est de six mois. Si celui-ci intervient moins de trois mois après le terme d'une précédente détention en UDV (y compris provisoire), la durée de la nouvelle affectation est capitalisée sur la durée de la mesure précédente. Au-delà de six mois de placement, la mesure peut être prorogée de trois mois à titre dérogatoire sur décision du DISP, non renouvelables. Le DISP peut lever à tout moment la mesure de placement ou la renouveler, après avoir recueilli chaque nouvelle évaluation émise par la CPU. Lorsque la décision de placement a été prise par le chef d'établissement, il peut également lever la mesure et doit alors en informer le DISP.

A l'issue de la prise en charge en UDV, il est prévu que le sujet détenu réintègre son établissement d'origine. Néanmoins, s'il persiste un risque résiduel de violence élevé, il peut être décidé d'un placement en quartier d'isolement (QI) voire en structure sécuritaire.

*II.B.1.d. Personnel pénitentiaire affecté au travail en UDV*

Tableau 7 Personnel pénitentiaire travaillant en UDV <sup>[96]</sup>

Type de personnel	Effectif	Fonction
<b>Personnel de surveillance</b>	Binôme ou équipe de surveillants	Gestion de l'UDV, évaluation des sujets détenus
<b>Personnel d'encadrement</b>	1 référent principal 1 référent suppléant	Au moins 1 référent affecté à la gestion de l'unité, présence des deux référents sur l'ensemble des mouvements ainsi qu'aux réunions d'évaluation
<b>Personnel de commandement</b>	1 référent principal 1 référent suppléant	1 référent affecté sur le bâtiment de l'UDV, garant de l'application du cadre et participe à l'évaluation
<b>Personnel du SPIP</b>	2 référents	Evaluation des sujets détenus
<b>Personnel de direction</b>	1 cadre de direction	Supervision de l'UDV

L'équipe pluridisciplinaire en charge des sujets détenus en UDV est indispensable à l'évaluation des sujets et à la mise en application des recommandations de prise en charge de la violence. Elle est aussi le témoin direct de la pratique réelle de l'UDV et des limites d'un tel dispositif.

Dans le cadre de cette thèse, nous avons rencontré quatre membres du personnel de surveillance, ainsi qu'un personnel de direction, afin de préciser le cadre réel d'accueil des « personnes détenues violentes » et de recueillir leur point de vue sur l'intervention du SMPR au sein de l'UDV.

## II.B.2. Pratique de l'Unité pour personnes Détenues Violentes à la maison

### d'arrêt de Strasbourg

Afin de comprendre la pratique de l'UDV à la Maison d'Arrêt de Strasbourg, nous avons rencontré Monsieur Gras, cadre de direction délégué à la supervision de l'UDV, ainsi que deux binômes de surveillants, ci-après A. et B. et X. et Y..

#### *II.B.2.a. Retour par le personnel de direction*

En début d'entretien, Monsieur Gras précise que les Unités pour personnes Détenues Violentes sont toujours des secteurs en cours d'expérimentation et que leur cadre est en constante mouvance.

Il existe une UDV par DISP (Direction Interrégionale des Services Pénitentiaires), partageant des règles communes, évoluant au gré des rapports d'incidents, tels que la liste des fournitures interdites en cellule : « *pas de plaque chauffante, pas de cantine de produits frais* ».

Selon lui, il existe deux objectifs prioritaires au placement en UDV, assortis d'objectifs intermédiaires pour y parvenir.

Les deux objectifs prioritaires sont d'élaborer un parcours de prise en charge de la violence en UDV et d'établir des préconisations destinées aux agents qui accueilleront le détenu à sa sortie d'UDV afin de prévenir la récidive violente.

Cette mission commence par un travail sur l'histoire de vie du sujet et l'histoire du passage à l'acte (ponctuel, réactionnel...). Cette étape est souvent initiée lors de la sélection des dossiers en CPU en explicitant notamment l'ensemble du parcours carcéral du sujet et en recherchant d'éventuelles expertises psychiatriques antérieures. Bien que non nécessaire au placement en UDV, l'expertise psychiatrique est perçue comme souhaitable.

L'anamnèse se poursuit par une étude des causes du passage à l'acte avec le sujet détenu, nécessitant un insight suffisant mais également une adhésion du sujet au dispositif. A la lumière des causes suspectées, il sera proposé un plan de prise en charge individualisé par le biais d'activités.

Monsieur Gras indique que l'ensemble des activités présentes en détention classique doivent être adaptables aux conditions de prise en charge appliquées en UDV, la différence étant un niveau supérieur de personnalisation des activités en UDV, impossibles à appliquer en détention classique, et un cadre sécuritaire renforcé.

A la maison d'arrêt de Strasbourg, les activités les plus représentées en UDV sont les enseignements dispensés par l'Éducation Nationale sous forme d'entretiens individuels ; l'accès à la bibliothèque via un professeur documentaliste ; l'accès à une salle de sport au sein de l'UDV ; les ateliers d'Art-thérapie ; la médiation animale.

Selon le contexte, d'autres activités peuvent être proposées au cas par cas, tels que des enseignements universitaires ; des ateliers de médiation narrative ; des ateliers de coaching ; des ateliers de sophrologie ; des séances de méditation pleine conscience ; des cours de premier secours ; des ateliers de scrapbooking ; des stages de photographie sur le thème de la représentation.

A l'issue de cette prise en charge, la CPU délivrera des recommandations en vue de la réintégration du sujet en détention hors UDV : poursuite de certaines activités, changement de secteur (placement en QI, en quartier sécuritaire...), changement d'établissement d'accueil (vers un établissement disposant d'un SMPR par exemple).

Monsieur Gras estime de façon empirique les trajectoires des sujets sortants de l'UDV à 60% vers un retour en détention classique, 40% vers un placement en quartier spécifique ou vers un service psychiatrique. Il souligne néanmoins le manque de recul sur le dispositif et la méconnaissance de la portée réelle de l'UDV à moyen et long terme. Il n'existe à ce jour aucune étude de cohorte portant sur l'évolution des sujets placés en UDV.

Monsieur Gras est favorable à la mise en place d'une intervention spécifique du SMPR en UDV, dont il perçoit plusieurs intérêts en fonction des qualifications des différents professionnels de santé qui y interviennent : évaluation psychiatrique systématique afin de diagnostiquer d'éventuels troubles psychiatriques nécessitant des soins ; bilan neuropsychologique afin de diagnostiquer d'éventuelles carences ou troubles développementaux nécessitant une prise en charge spécifique ; entretiens psychothérapeutiques adaptés aux problématiques actuelles du sujet ; mais aussi plus généralement la formulation de conseils individualisés à l'intention du personnel de surveillance (par exemple : « phrases courtes, pas de double négation, pas de phrase susceptible d'être interprétées »).

Afin de caractériser les représentations des professionnels de surveillance vis-à-vis de la santé mentale et d'identifier d'éventuels besoins interventionnels, nous avons d'abord envisagé un retour sur expérience sous forme de questionnaire anonyme. Suite à notre entretien avec Monsieur Gras, il est apparu qu'un questionnaire ne permettrait pas une évaluation qualitative suffisante, il nous a alors été recommandé de rencontrer quelques membres du personnel en entretien.

#### *II.B.2.b. Retour par le personnel de surveillance*

A l'occasion de deux entretiens menés à l'Unité pour personnes Détenues Violentes en mai 2022, nous avons échangé avec deux binômes de surveillants sur les questions de la violence en détention, de la psychiatrie en général et de l'éventualité d'une action systématique du SMPR dans la prise en charge des « personnes détenues violentes ».

Les membres de ces binômes, aux contacts opposés, ont été anonymisés sous les abréviations « A. et B. » et « X. et Y. ».

A. et B., respectivement 25 et 10 ans de carrière en milieu carcéral, se montrent chaleureux en entretien et partagent une vision commune de ce qu'une collaboration avec le SMPR pourrait apporter. A. a l'expérience de différents quartiers de détention (classique, quartier disciplinaire, quartier d'isolement), et voit son arrivée en UDV comme une façon de compléter son parcours professionnel, de « voir autre chose ». B. arrive à Strasbourg au moment de la création de l'UDV, il y accepte un poste au vu d'un parcours antérieur l'ayant habitué à l'application de protocoles sécuritaires.

X. et Y., respectivement 16 et 13 ans de carrière en milieu carcéral, ont un contact provocateur, mettant parfois à mal le cadre de l'entretien en utilisant celui-ci comme un moyen de catalyser une certaine rancœur vis-à-vis de la gestion de situations passées par le SMPR. X. et Y. ont tous deux choisis de travailler en UDV pour des conditions de travail jugées avantageuses, plus « *tranquilles* ».

X. et Y. trouvent une certaine routine à leur poste et expliquent cette tranquillité subjective par la stabilité de leur affectation et le nombre restreint de sujets détenus à leur charge. En effet, les sujets incarcérés en UDV sont au nombre de huit au maximum, bien en-deçà des autres quartiers, et y sont placés pour plusieurs mois.

Contrairement à X. et Y. qui n'interviennent qu'en UDV, A. et B. sont amenés à travailler dans différents quartiers spécifiques. Selon B., à la création de l'UDV, il existait trois équipes de quatre surveillants dédiés à sa gestion. Cependant, depuis une restructuration des quartiers spécifiques et la fusion du personnel dédié à l'UDV, au QI et au QD, ces mêmes surveillants tournent désormais entre ces différents quartiers, tout comme les surveillants affectés en détention classique changent régulièrement d'étage.

Sur la question du sentiment de danger, les deux binômes partagent l'opinion générale en milieu pénitentiaire, déjà soulevée par Chauvenet *et al.* <sup>[43]</sup> : le sentiment de danger diminue avec l'expérience ; il existe davantage de prise de risque chez le personnel de surveillance débutant. Ce à

quoi s'ajoute une évaluation instinctive du risque de violence, basée sur les antécédents comportementaux des sujets détenus : le sentiment de danger augmente si l'on sait que l'auteur de menace est déjà passé à l'acte violent auparavant.

A. et B., tout comme X. et Y., ont bénéficié d'une formation générale sur la santé mentale en début de carrière, jamais renouvelée depuis. Cette formation dispensée par l'Ecole Nationale d'Administration Publique (ENAP) comprend notamment des jeux de rôles mimant des interactions avec un sujet atteint de trouble psychiatrique simulé.

Pour chacun de ces binômes, cette formation semble insuffisante au dépistage des troubles psychiatriques, ils admettent par ailleurs ne plus se souvenir du contenu plus de quinze ans plus tard.

A. et B. qualifient cette formation d'utile et se disent intéressés par une remise à jour de leurs connaissances, contrairement à X. et Y. selon lesquels une nouvelle formation n'apporterait aucune modification de pratiques, la prise en charge des troubles psychiatriques ne faisant pas partie de leurs attributions.

A l'évocation de la question du dépistage des troubles psychiatriques, on note une certaine ambivalence chez X. et Y..

Le binôme reconnaît ne pas parvenir à mettre des mots sur les symptômes psychiatriques rencontrés chez les sujets en détention et ne pas vouloir prendre en charge des sujets atteints de troubles psychiatriques, mais est très réticent à l'idée d'un renforcement de l'intervention de dépistage du SMPR, notamment par le biais d'évaluation psychiatrique systématique au placement en UDV.

Cette réticence s'explique à la fois par une méconnaissance du rôle des différents acteurs du SMPR (flou entre évaluation infirmière et évaluation psychiatrique ou psychologique), la remise en question du secret médical (dont le maintien est parfois interprété comme une position haute des



soignants, voire un manque de confiance vis-à-vis du personnel pénitentiaire), enfin un objectif de détention centré autour de la punition et du maintien de l'ordre.

Les acteurs du SMPR et le secret médical faisant partie intégrante du cadre de soins en détention, ceux-ci seront détaillés ci-après (voir partie III.A. concernant le résumé de l'offre de soin psychiatrique à la maison d'arrêt de Strasbourg).

Concernant la question du rôle punitif de la détention, cette conception participe au clivage du sujet entre prise en soin et prise en charge. X. et Y. partagent tous deux l'idée qu'un sujet ne peut pas être détenu et patient à la fois. Dans cette même perspective, la récurrence d'actes délictueux est perçue comme une perte du pouvoir dissuasif de l'incarcération et un argument pour renforcer les mesures de privations de liberté. L'accès aux soins étant perçu comme un privilège, il peut se voir entraver sous couvert de motifs disciplinaires.

*« On n'est patient qu'en milieu ouvert, en prison on est détenu. [...] Vous [le SMPR] avez besoin de nous pour travailler, pas l'inverse, c'est nous qui vous ouvrons les portes, qui nous vous les [les détenus] amenons. »*

Entretien avec X. et Y., le 04 mai 2022

X. et Y. mettent également en avant le sentiment d'absence de validation de leur ressenti et des difficultés rencontrées dans la prise en charge de certains sujets présentant des troubles du comportement mais pour lequel aucun diagnostic psychiatrique spécifique n'a été retenu. Ce sentiment est renforcé par l'impossibilité de transmettre certaines informations à caractère médical. X. et Y. concluent ainsi l'entretien en précisant qu'ils ne souhaitent pas nécessairement plus de présence de la part du SMPR mais une meilleure « qualité des échanges », questionnant directement le secret médical en détention.

X. et Y. reconnaissent volontiers que le manque de relais d'information n'est pas toujours du fait du « médical ». Le manque d'information peut être à l'origine parfois d'authentiques

effondrements narcissiques lorsque l'information omise vient remettre en question une prise en charge passée et créer un conflit de valeurs.

*« Tous les détenus on les traite de la même manière. Mais si on est au courant de certaines choses, on peut adapter notre pratique. Il y a un détenu qui avait subi des attouchements dans l'enfance, on comprenait pas pourquoi il se crispait à chaque fois pendant les fouilles. Dès qu'on a su pourquoi, on a arrêté les fouilles. »*

Entretien avec X. et Y., le 04 mai 2022

A. et B., quant à eux, voient dans la proposition d'intervention systématique du SMPR une opportunité de personnaliser la prise en charge des « personnes détenues violentes » en améliorant la compréhension des structures de personnalité sous-jacentes.

Tout comme chez X. et Y., il existe une ambiguïté quant au rôle des entretiens infirmiers (dépistage) et des entretiens psychiatriques ou psychologiques (diagnostic). Après explication, A. et B. évoquent l'intérêt d'une évaluation psychiatrique systématique dans une optique quasi-expertale de filtre entre l'hôpital et la prison, afin de réorienter les détenus nécessitant des soins psychiatriques urgents vers une prise en charge médicale intra-hospitalière.

Ils ajoutent que ce dispositif pourrait être élargi à d'autres quartiers spécifiques, notamment le quartier d'isolement où la limite d'accès aux soins est parfois liée à l'absence de consentement par les sujets détenus. A. et B. concluent l'entretien en questionnant l'absence par essence des soins sous contrainte en détention, que nous aborderons au travers du cadre de soin en détention (voir partie III.A. concernant le résumé de l'offre de soin psychiatrique à la maison d'arrêt de Strasbourg).

### II.B.3. Limites des Unités pour personnes Détenues Violentes

Tel que nous l'avons vu précédemment, la création des UDV fait suite aux mouvements sociaux et à la grève inédite des surveillants pénitentiaires de 2018. Mais, si la mobilisation sociale est alors inédite, le sentiment d'insécurité qui la sous-tend n'est pas récent.

En effet dès les années 70, suite à des mouvements de révolte de sujets détenus, plusieurs maisons d'arrêt et maisons centrales se dotent de Quartiers à Sécurité Renforcée (QSR) ou de Quartiers de Plus Grande Sécurité (QPGS), destinés « *aux malfaiteurs particulièrement dangereux* » ou aux sujets détenus présentant « *des troubles caractériels qui ne relèvent [...] pas d'un traitement médical* »<sup>[97]</sup>.

A leur ouverture en 1975, les QSR et les QPGS sont des quartiers spécifiques, prévus pour un encellulement individuel. En dehors d'une promenade individuelle quotidienne et d'une séance hebdomadaire de télévision, lecture ou écoute de cassettes, les interactions sont limitées à des réunions par groupe de cinq sujets maximums, en atelier ou en salle d'activité. Leurs placements sont examinés tous les trois mois.

Les conditions de détention changent en 1978, suite à l'évasion de Jacques Mesrine du QSR de la prison de la Santé. On y interdit notamment toute réunion, on opère des changements réguliers de cellule et les fouilles sont multipliées. Au décours du renforcement des conditions sécuritaires de détention, on assiste à une hausse des mouvements de protestation, jusqu'au suicide de Taieb Hadjadj.

Les QSR et QPGS sont abolis en 1981 par Robert Badinter suite au rapport de la commission qu'il a mandaté, s'inquiétant notamment du « *caractère trop mystérieux de la décision d'envoi en QSR ou QPGS, [de] la durée du séjour et [du] régime pouvant y être offert. [...] de l'incohérence devenue insoutenable d'un système fondé sur une notion de dangerosité protéiforme, aux limites de plus en plus vastes et cependant moins respectées que jamais* ».

Malgré des différences notables que nous détaillerons ci-après, on note d'abord plusieurs points communs entre UDV et QSR ou QPGS.

On note d'abord qu'il s'agit dans les deux cas de mesures administratives majorant les conditions de privation de liberté, abordant la question de la violence sur un versant criminologique seul.

Malgré une interprétation locale de la Loi en faveur d'une inclusion en UDV des sujets étant passé à l'acte hétéroagressif ou menaçant d'un passage à l'acte imminent, le profil des personnes éligibles à un placement en UDV, tel que fondé l'article R224-1 du Code Pénitentiaire, demeure très protéiforme, relevant autant d'un trouble à l'ordre de l'établissement que d'un risque.

Tel que nous l'avons vu précédemment, le risque de violence reste difficilement appréciable sans aborder la question de la santé mentale du sujet dans sa globalité, c'est-à-dire ses antécédents socio-judiciaires, autant que ses schémas comportementaux ou authentiques troubles psychiatriques, mais aussi des effets rétroactifs des uns sur les autres (par exemple : la précarité pouvant à la fois être la cause ou la conséquence de troubles mentaux).

Néanmoins, là où les QSR ou QPGS apportaient une réponse punitive seule au passage à l'acte, les UDV sont pensées en termes prévention de la récidive au travers d'un projet individualisé. Afin de cibler les objectifs de prise en charge, les raisons du passage à l'acte sont questionnées. Il s'agit d'un temps propice à l'introspection et à l'émergence d'une demande de changement, dont il serait possible de se saisir en termes de soins.

Une autre différence porte sur les « *troubles caractériels qui ne relèvent pas d'un traitement médical* », orienté à l'époque en QSR ou QPGS, mais qui selon les critères actuels de placement en quartier spécifique, sont soit placés d'emblée en QI ou QD sans prise en charge spécifique de la violence, soit en UDV où s'il n'émerge aucune demande de soin, face à la persistance du risque comportemental, les sujets pourront être orientés en QI ou QD à l'issue du placement en UDV.

C'est pourquoi, au-delà du rôle de filtre quasi-expertal de la psychiatrie, il semble qu'elle ait autant un apport théorique dans l'évaluation comportementale du sujet et l'établissement d'un projet

de prise en charge, qu'un rôle pratique dans l'émergence d'une demande de changement et donc de soins. Ces particularités sont à l'origine de la volonté de créer un projet SMPR-UDV à la maison d'arrêt de Strasbourg.

### **III. Projet SMPR-UDV à la maison d'arrêt de Strasbourg**

Afin de mieux appréhender quels seraient les interventions possibles du SMPR au sein de l'UDV et les besoins sanitaires auxquels pourrait répondre le projet SMPR-UDV, il convient d'abord de décrire l'offre de soin actuelle à la maison d'arrêt de Strasbourg et d'identifier la valeur ajoutée d'un tel dispositif.

#### **III.A. Résumé de l'offre de soin psychiatrique à la maison d'arrêt de Strasbourg**

##### **III.A.1. Cadre de soin**

Le cadre de soin en milieu pénitentiaire est fondé par le Code Pénitentiaire et le Code de Santé Publique. Ce cadre est mis à mal par plusieurs particularités de l'environnement carcéral, telles que les questions du secret médical ou l'exclusivité des soins avec consentement en détention, soulevées lors de notre rencontre avec le personnel de surveillance de la maison d'arrêt de Strasbourg. Ces questions nécessitant d'aborder la notion de stigmatisation de la santé mentale en milieu carcéral.

##### *III.A.1.a. Cadre réglementaire*

*« Les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire répondent aux besoins de santé mentale de la population détenue dans les établissements pénitentiaires relevant de chacun de ces secteurs, sans préjudice des actions de prévention, de diagnostic et de soins courants mises en œuvre par les secteurs de psychiatrie générale ou infanto-juvénile, en application des dispositions du code de Santé Publique. Chaque secteur [...] est rattaché à un établissement dispensant des soins aux personnes détenues [...] sous l'autorité d'un psychiatre, praticien hospitalier, assisté d'une équipe pluridisciplinaire. [...] »*

*Art. D115-6 du Code Pénitentiaire* <sup>[98]</sup>

Tels que fondés par la Loi, les secteurs de psychiatrie doivent répondre aux besoins de santé mentale dans leur globalité en mettant en œuvre des soins équivalents à ceux dispensés en milieu ouvert.

Le Pôle P16 est un pôle psychiatrique implanté depuis 1989 au sein de la maison d'arrêt de Strasbourg et rattaché à l'Établissement Public de Santé Alsace Nord (EPSAN). Il comprend à ce jour deux services : le Service Médico-Psychologique Régional (SMPR) et le Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA).

Le fonctionnement du pôle P16 s'inscrit à la fois dans un cadre légal sus-cité, fondé par le Code Pénitentiaire et le Code de Santé Publique, mais aussi dans le projet d'établissement de l'EPSAN. Ainsi, l'offre de soin et la création de projets médicaux doivent répondre aux missions mises en avant par ce dernier.

**A propos du pôle P16 de la maison d'arrêt de Strasbourg :** « *Ses missions à la maison d'arrêt de Strasbourg consistent à :*

*« Mettre en œuvre toute action de prévention, de diagnostic et de soins psychiatriques courants au bénéfice de l'ensemble de la population incarcérée dans la maison d'arrêt de Strasbourg où il est implanté.*

*« Prodiguer les traitements psychiatriques intensifs et appropriés à tout détenu, prévenu et condamné, qui le nécessite, que ce dernier soit écroué dans l'établissement d'implantation ou qu'il provienne par transfert d'un autre établissement pénitentiaire, relevant du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire considéré. »*

Site internet de l'Établissement Public de Santé Alsace Nord <sup>[99]</sup>

En termes de population ciblée, les personnes détenues placées par transfert à la maison d'arrêt de Strasbourg sont éligibles à une prise en charge par le pôle P16, incluant ainsi l'UDV.

Comme pour les secteurs de psychiatrie générale, les missions du SMPR sont de plusieurs niveaux allant de la prévention aux soins psychiatriques intensifs, tels que nous l'exposerons ci-après au travers de l'offre de soins psychiatriques en détention (ambulatoire, hospitalisation de jour, hospitalisation à temps complet).

Pour remplir ces missions, les secteurs de psychiatrie pénitentiaire en France bénéficient dans l'absolu de davantage de moyens en personnel médical et paramédical que les secteurs de psychiatrie générale. Mais le taux de recours au système de soins psychiatrique est dix fois supérieur à celui en population générale, expliqué d'une part par une morbidité psychiatrique plus importante qu'en population générale (voir partie I. Qu'est-ce qu'une « personne détenue violente ») et d'autre part, par l'absence d'alternative de prise en charge, notamment l'absence d'offre privée ou libérale <sup>[100]</sup>. Nous pouvons cependant émettre l'hypothèse que les besoins en termes de soins psychiatriques sont sous-estimés du fait de la stigmatisation de la santé mentale en milieu carcéral.

### *III.A.1.b. Stigmatisation de la santé mentale en milieu carcéral*

Dans son sens littéral, la stigmatisation est le fait de marquer de façon indélébile le corps d'autrui pour apposer une marque distinctive <sup>[101]</sup>. Dans le langage courant, le mot « stigmatisation » est souvent utilisé comme un synonyme péjoratif du mot « discrimination », c'est-à-dire un traitement différencié, inégalitaire, appliqué à un sujet sur la base d'un critère distinctif et portant préjudice à celui qui en fait l'objet <sup>[102]</sup>, mais il existe d'autres façons de le conceptualiser. Selon Clement *et al.*, la stigmatisation est le résultat d'un manque de connaissance, de l'existence de préjugés et de comportements discriminants <sup>[103]</sup>. Enfin, la stigmatisation est également une absence de nuance dans le jugement porté à autrui, le plus souvent du fait d'un biais de surgénéralisation<sup>14</sup>.

---

<sup>14</sup> Le biais de surgénéralisation est le fait de considérer un cas singulier comme une règle générale. Il est le résultat d'un biais cognitif dans nos inférences, nous poussant à émettre une conclusion sans lien logique avec les données initiales, sur la base d'une expérience singulière passée. <sup>[105]</sup>

La stigmatisation en santé mentale est donc le fait de dévaloriser de façon systématique les personnes en raison de leurs pathologies mentales (sur la base de préjugés discriminatoires) et de leur porter préjudice par un traitement différencié.

Selon l'étude multicentrique de Pescosolido *et al.* publiée en 2013 <sup>[104]</sup>, portant sur la stigmatisation des sujets atteints de schizophrénie ou de dépression en population générale dans le monde, les préjugés les plus fréquents concernent l'imprévisibilité supposée de ces sujets, le risque présumé accru de violence dirigée contre soi, l'apparente difficulté à entrer en relation avec ces sujets, et enfin un ensemble de préjugés pouvant expliquer une certaine mise à distance de la société (« *ne devrait pas enseigner à des enfants* », « *ne devrait pas encadrer d'autres personnes* », « *non désirable comme parent par alliance* »...).

Ces résultats sont similaires à ceux d'autres études, notamment celle de Corrigan *et al.*, selon laquelle, en population générale, le fait de présenter un trouble mental serait labélisé de la même manière quel que soit le diagnostic spécifique ou le degré de handicap <sup>[106]</sup>. Selon une étude Ipsos de 2014, 58% des Français seraient concernés par une maladie mentale (affectant un proche ou affectant personnellement les sujets de l'étude) et malgré cette prévalence importante, 71% des Français sous-estiment la prévalence des troubles mentaux. On trouve dans cette étude d'autres résultats notables en accord avec la littérature, 74% d'entre eux pensent que les personnes atteintes de maladie mentale sont dangereuses pour elles-mêmes (71%) ou pour les autres (45%), 52% ne souhaiteraient pas vivre sous le même toit qu'une personne atteinte d'un tel trouble, 56% associe maladie mentale à schizophrénie et 80% de la population française ne se sent pas suffisamment informée sur la santé mentale <sup>[107]</sup>.

Ces représentations majorent le risque d'isolement et de marginalisation des sujets atteints de troubles mentaux, participant à augmenter le risque commun de violence.

Selon l'étude de Pescosolido *et al.* il existe une différence de représentation en population générale quant à la cause de ces pathologies mentales : la schizophrénie étant peu identifiée comme telle mais attribuée facilement à une pathologie mentale ou une maladie cérébrale ; contrairement à



la dépression facilement identifiée comme telle mais dont la cause suspectée est plus hétérogène (éducation, maladie génétique, maladie cérébrale, pathologie mentale). Ces résultats sont compatibles avec ceux de l'enquête Ipsos, selon laquelle 46% des Français associent les maladies mentales à des maladies neurologiques, et dont seuls 20% associent maladie mentale et facteurs héréditaires.

L'existence d'une stigmatisation de la santé mentale est une problématique globale, démontrée à de multiples reprises <sup>[103]</sup>. Elle peut réduire l'accès et l'investissement dans les soins à l'échelle du sujet : soit par évitement (anticipation de la discrimination), soit par un phénomène d'auto-stigmatisation (perte d'estime de soi du fait de présenter soi-même un trouble mental) <sup>[106]</sup> ; et également à une échelle institutionnelle : par la diminution des interactions ou l'absence de stimulation vers les soins.

En détention, l'évitement et l'auto-stigmatisation sont amplifiés par la visibilité du recours aux soins de santé mentale. En effet, les déplacements au sein de la maison d'arrêt sont autorisés ou non par les agents de détention qui doivent connaître la destination du sujet incarcéré. Les mouvements sont également visibles par les autres personnes détenues qui peuvent participer à la diffusion de rumeur après avoir reconnu un patient détenu se rendant au SMPR. Cette affirmation pose la question du secret médical en détention.

### *III.A.1.c. Secret médical en milieu carcéral*

Comme le soulignent Vanderstukken *et al.* <sup>[108]</sup>, le secret médical est essentiel à la construction de l'identité des soignants, car il le différencie des autres intervenants en milieu carcéral. Pourtant, malgré l'indépendance des professionnels de santé vis-à-vis de l'administration pénitentiaire depuis 1994, avec la création d'un troisième secteur de psychiatrie <sup>[43]</sup>, il existe une méfiance des sujets détenus envers les professionnels de santé mentale quant au secret médical.

Cette méfiance est d'origine duelle, d'une part l'image du psychiatre expert rompant le secret médical sur réquisition judiciaire (vécue comme une trahison par le sujet lorsqu'il n'aura pas compris

l'objectif de l'expertise) ; d'autre part une vision floue des rapports entretenus entre les services pénitentiaires et les services sanitaires et des informations partagées.

L'Article R4127-5 du Code de Santé Publique (CSP) garantit l'indépendance des médecins vis-à-vis des autorités pénitentiaires et judiciaires <sup>[109]</sup> et ainsi le maintien du secret professionnel qui s'impose à tout médecin <sup>[110]</sup>. Le secret professionnel couvre l'ensemble des informations venues à la connaissance du professionnel <sup>[111]</sup>, il s'étend aux informations d'ordre privées qu'elles soient médicales ou non <sup>[112]</sup>. Il protège l'intérêt de la personne détenue, sa dignité et son intégrité et participe au rapport de confiance entre patient et professionnel de santé. Seul le personnel soignant peut avoir accès au dossier médical <sup>[113]</sup>.

L'administration pénitentiaire a le devoir de respecter le droit au secret médical des personnes détenues, y compris le secret de la consultation <sup>[114]</sup>.

La loi prévoit des dérogations au secret médical.

Il existe une déclaration obligatoire de toute admission psychiatrique en soins sous contrainte et de placement sous sauvegarde de justice <sup>[112]</sup>, ou dès lors qu'il existe un risque sérieux pour la sécurité des personnes au sein de l'établissement pénitentiaire, le personnel soignant doit transmettre les informations utiles à la mise en œuvre de mesures de protection, dans le respect des dispositions relatives au secret médical <sup>[115]</sup>.

La Loi permet de déroger au secret médical, lorsqu'il est porté à la connaissance du personnel soignant des « *séances permettant de présumer de la commission de violences sur une personne majeure* » <sup>[112]</sup>.

Ce partage d'informations est organisé au sein de la commission pluridisciplinaire hebdomadaire de l'établissement ou sur saisie de la direction par le personnel soignant.

### *III.A.1.d. Consentement aux soins*

En termes de santé publique, la prison est un milieu ouvert au regard de la Loi. En effet, selon l'article L322-1 du Code Pénitentiaire <sup>[116]</sup>, la qualité des soins est garantie aux personnes détenues dans des conditions équivalentes à celle de la population générale, sans qu'il ne soit fait d'exception concernant le consentement aux soins de la personne détenue.

Concernant les soins psychiatriques, il ne peut être pratiqué aucun soin relevant d'une hospitalisation à temps complet en détention. En effet, selon l'article L. 3214-1 du Code de Santé Publique <sup>[117]</sup>, quel que soit le mode d'admission du sujet (soins libres ou soins sans consentement), les soins psychiatriques requérant une hospitalisation complète sont nécessairement dispensés dans les établissements de psychiatrie autorisés par l'Agence Régionale de Santé à assurer des soins sans consentement (voir III.A.4. Soins psychiatriques de niveau 3 à la maison d'arrêt de Strasbourg).

De plus, l'alinéa II de l'article L3214-1, précise que les soins sans consentement sont « *uniquement* » pris en charge sous forme d'hospitalisation à temps complet, excluant de fait tout programme de soin mais aussi tout soin de sédation d'urgence au sein de la maison d'arrêt.

Seuls les troubles mentaux de nature à entraver le consentement du sujet peuvent justifier l'admission en soins sans consentement. Ainsi, comme le soulignaient A. et B. lors de notre rencontre (voir II.B.2.b. Retour par le personnel de surveillance), certains sujets détenus peuvent présenter des symptômes psychiatriques en détention sans qu'ils ne soient activement pris en charge par le SMPR, ils réunissent alors les conditions suivantes : non consentement aux soins, absence d'altération du discernement.

### *III.A.1.e. Limites du cadre de soin en milieu carcéral*

Bien que le cadre de soins en détention soit fondé par la Loi, comme le résume Dubret, « *la prison est un monde où tout est compliqué* » <sup>[118]</sup>. Ce constat fait référence au fait que, contrairement

à la psychiatrie de secteur conventionnel, la psychiatrie pénitentiaire s'exerce dans une institution qui n'est pas structurée autour des objectifs de soins.

Le parcours d'exécution de la peine suivant son rythme propre, il peut être à l'origine d'une rupture de soins (transfert inopiné, aménagement de la peine, mesure disciplinaire...) ou entrer en conflit avec le projet de soin (notamment, une révocation de sursis nécessitant de revoir un projet de sortie).

Afin de rendre compte de l'adaptation des professionnels de santé mentale au cadre de la détention et aux particularités cliniques qui s'y manifestent, Senon propose d'utiliser le modèle de la psychiatrie de liaison, largement repris par ses pairs <sup>[59]</sup>. La psychiatrie de liaison s'adapte au milieu dans lequel elle s'exerce (milieu fermé avec ses règles et ses contraintes, ses obligations de collaboration avec un personnel non médical, importance du rappel à la Loi...) et s'adapte à une clinique psychiatrique spécifique.

Les Unités pour personnes Détenues Violentes présentent des contraintes et une clinique différente de la détention classique par son cadre sécuritaire renforcé, mais aussi la sélection de profils à risque de violence accru, à ce titre, la psychiatrie lorsqu'elle y intervient doit être pensée en conséquence et adapter les moyens déjà mis en œuvre en détention.

### III.A.2. Soins psychiatriques de niveau 1 à la maison d'arrêt de Strasbourg

Les soins psychiatriques de niveau 1 à la maison d'arrêt de Strasbourg sont représentés par l'ensemble des soins ambulatoires dispensés par le pôle P16 au travers d'entretiens individuels et d'ateliers thérapeutiques.

### *III.A.2.a Prises en charge individuelles à la maison d'arrêt de Strasbourg*

A la maison d'arrêt de Strasbourg, dans les dix jours suivant l'arrivée d'une personne en détention, il lui est proposé un entretien d'évaluation et d'orientation. Cet entretien est réalisé par un infirmier et a pour objectifs de dépister les troubles psychiatriques et de participer à l'éveil d'une demande de soins chez le sujet.

En France en 2003, 63% des sujets entrants en détention ont bénéficié d'un entretien d'admission dans les établissements qui le pratiquent. L'absence d'entretien d'admission serait d'abord le fait d'une libération ou d'un transfert avant la date prévue pour l'entretien, mais aussi le fait du refus de cette rencontre. 52% de ces entretiens donnaient lieu à une indication de suivi psychiatrique, avec un taux plus élevé que la moyenne dans les établissements dotés d'un SMPR <sup>[100]</sup>.

A Strasbourg, lorsque l'entretien d'accueil infirmier aura mis en évidence une demande de soin, l'orientation du patient sera discutée en équipe. L'orientation principale entre soins psychiatriques et soins d'addictologie sera faite en fonction du diagnostic principal retenu ou suspecté. Ensuite une orientation secondaire donnera lieu à la rencontre d'un ou plusieurs professionnels de santé mentale (psychiatre, psychologue, infirmier, neuropsychologue, assistante sociale). Il pourra également être proposé au patient détenu un atelier thérapeutique en rapport avec sa demande et en l'absence de contre-indication psychiatrique ou de mesure disciplinaire limitant une telle orientation.

### *III.A.2.b. Ateliers thérapeutiques*

A la maison d'arrêt de Strasbourg, il existe des ateliers thérapeutiques pouvant contribuer à la lutte contre les facteurs de risque de violence criminologique, outre leur actions préventives ou curatives sur les pathologies mentales.

En effet, on y trouve des activités d'Art-thérapie (écriture, arts plastiques, scrapbooking) permettant notamment de travailler l'estime de soi (risque individuel), d'aborder au travers de

différents médiums des situations de conflits internes ou relationnels (risque individuel et relationnel) ou de maintenir les liens familiaux lorsque la production est destinée à un proche (risque relationnel).

On trouve également des activités sportives permettant par exemple de travailler le contrôle des impulsions (risque individuel) ou encore de lutter contre la marginalisation (risque communautaire).

Ces activités ont également une qualité occupationnelle luttant contre l'inactivité (risque individuel) et le sentiment de promiscuité permanente (risque communautaire).

Néanmoins en France, ces activités ne concernent en moyenne que 10% des personnes détenues prises en charge par l'équipe soignante des établissements concernés <sup>[100]</sup>.

### III.A.3. Soins psychiatriques de niveau 2 à la maison d'arrêt de Strasbourg

Les soins de niveau 2 ou « hébergement thérapeutique » à la maison d'arrêt de Strasbourg correspondent à une hospitalisation de jour avec hébergement de nuit, c'est-à-dire un accueil soignant la journée et une surveillance par des agents pénitentiaires dédiés la nuit.

Le SMPR dispose d'un quartier spécifique dédié à l'hébergement thérapeutique avec une capacité d'accueil de douze places.

L'objectif général de l'hébergement thérapeutique est de permettre le suivi soutenu des patients détenus présentant des troubles mentaux non stabilisés, incompatibles avec une détention classique. Les objectifs secondaires sont d'apporter des soins psychiatriques aigus, des soins de réhabilitation (autonomie, adaptation aux situations de vie quotidienne, maintien du lien social...) ainsi que des soins de réinsertion (relais de soins, minimisation des risques de rechutes psychiatriques et de récurrence).

Du fait d'un accueil thérapeutique diurne exclusif, l'hébergement thérapeutique est soumis à des critères d'admission et des contre-indications stricts.

**Tableau 8** Critères d'admissibilité et contre-indications à l'hébergement thérapeutique à la Maison d'Arrêt de Strasbourg

Critères d'admission	Contre-indications
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Trouble psychiatrique non stabilisé</li> <li>● Consentement aux soins recevable</li> <li>● Le trouble rend impossible le maintien en détention classique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Absence de consentement recevable</li> <li>● Forte intensité (actuelle ou prévisible) des troubles</li> <li>● Auto-agressivité</li> <li>● Hétéro-agressivité isolée sans lien avec une pathologie psychiatrique</li> <li>● Agitation psychomotrice</li> <li>● Troubles du comportement sans pathologie psychiatrique</li> <li>● Trouble de personnalité isolé</li> <li>● Sevrage</li> <li>● Comorbidité somatique aiguë ou induisant une perte importante de l'autonomie</li> </ul>

#### III.A.4. Soins psychiatriques de niveau 3 à la maison d'arrêt de Strasbourg

Lorsqu'un sujet incarcéré relève de soins psychiatriques de niveau 3, c'est-à-dire qu'il présente un trouble psychiatrique imposant une prise en charge hospitalière à temps complet, il existe deux orientations possibles : hospitalisation en unité fermée dans un établissement psychiatrique de proximité, hospitalisation en Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA). L'admission hospitalière est prononcée sous le mode de Soins Psychiatriques à la Demande du Représentant de l'Etat (SPDRE).

Le recours à une hospitalisation de secteur est une mesure d'urgence lorsqu'il existe un péril imminent pour le sujet ou un trouble majeur à l'ordre public en détention du fait d'une pathologie mentale, en l'absence de place disponible en UHSA ou lorsque l'état clinique du sujet est incompatible avec un transfert jusqu'à l'UHSA. Il est à noter qu'aucun soin ne peut être dispensé au sein de la maison

d'arrêt sans le consentement du sujet, y compris les soins de sédation d'urgence (voir III.A.1.d. Consentement aux soins).

Les patients détenus à la maison d'arrêt de Strasbourg relèvent de l'UHSA de Nancy. Il s'agit d'une unité sécurisée par l'administration pénitentiaire par un contrôle périmétrique (biens et personnes). Les agents pénitentiaires ne sont pas présents au sein de l'unité de soins et ne peuvent y pénétrer que sur demande de l'équipe de soins. En cas de levée d'écrou, les patients ne peuvent pas rester hospitalisés en UHSA.

### **III.B. Projet SMPR-UDV à la maison d'arrêt de Strasbourg**

A la lumière des objectifs de prise en soin en UDV et en complément de l'offre de soin existante, le projet SMPR-UDV a été formulé comme suit.

**Référents du projet :** Docteur ROYER T., Mme. ALEXANDRAKIS J.

**Objectifs :** Dépistage des troubles psychiatriques dont la sévérité constitue un obstacle au maintien en UDV. Suivi thérapeutique des sujets volontaires présentant une demande de soin en santé mentale.

**Description des moyens humains et matériels :**

- Psychiatre
- Psychologue
- Salle d'entretien

**Nature de l'intervention envisagée :**

- Participation aux échanges préparatoires à l'admission d'un sujet entre structure d'origine et structure d'accueil.
- Recueil le cas échéant des antécédents psychiatriques, dépistage de contre-indications psychiatriques éventuelles à l'admission en UDV.
- Entretien d'évaluation (et d'orientation le cas échéant)



- Proposition faite à la personne détenue en UDV de rencontrer respectivement les référents psychiatre et psychologue pour définir une prise en charge.
- Entretiens individuels et/ou prise en charge collective articulée autour de la question de la violence
- Participation mensuelle à la Commission Pluridisciplinaire Unique de l'UDV (afin d'apporter des éléments de nature à adapter la prise en charge globale, dans le respect du secret professionnel)

### III.C. Réflexions éthiques

La création d'un nouveau projet est l'occasion de questionner ses limites et ses objectifs au travers de questionnements éthiques.

#### III.C.1. Niveaux de représentations sociales et projet SMPR-UDV

L'incarcération est une réponse sociale apportée face à un comportement de transgression, visant à « *protéger la société* ». Elle a l'objectif immédiat de neutraliser la dangerosité des sujets placés sous main de justice en empêchant la récidive criminelle, par la privation de liberté <sup>[108]</sup>.

En situant la société au centre du processus décisionnel de cette privation de liberté, on comprend aisément l'importance des représentations de « *sens commun* », c'est-à-dire des préjugés courants en population générale, dans les relations interpersonnelles en prison (entre personnel pénitentiaire et personnel sanitaire, entre personnel sanitaire et sujet détenu, entre personnel pénitentiaire sujet détenu).

### *III.C.1.a. Stigmatisation du sujet détenu et violent*

Tel que nous l'avons vu précédemment (voir III.A.1.b. Stigmatisation de la santé mentale en milieu carcéral), la stigmatisation est le fait de dévaloriser un sujet de façon systématique sur la base d'un critère distinctif associé à des préjugés, et de lui porter préjudice par un traitement différencié.

La stigmatisation du sujet détenu et violent est de multiples niveaux, en population générale mais aussi auprès des intervenants impliqués dans la prise en charge globale du sujet.

Il existe d'une part des représentations sociales visant l'ensemble de la population carcérale et qui dans la littérature ne se mesurent qu'à la sortie de détention. Le sujet ex-détenu serait nécessairement « *plus dangereux, malhonnête, moins fiable que la moyenne* »<sup>[119]</sup>, mais il serait également précaire, issu d'une ethnicité minoritaire dans la société et présenterait des traits de personnalité perçus comme « négatifs »<sup>[120]</sup>. Tel que nous l'avons vu au travers des statistiques des facteurs de risque de violence criminologique (voir I.B.2. Statistiques des facteurs de risque violence criminologique en population carcérale), certaines de ces attributions ne sont pas vérifiables simplement au travers de valeurs quantitatives. Néanmoins, concernant la précarité supposée des sujets détenus, nous avons pu mettre en évidence que les individus précaires, bien qu'en une proportion plus élevée qu'en population générale, ne représentent pas la majorité des sujets détenus.

Ces représentations sociales persistent dans les interactions entre sujets détenus et personnel (pénitentiaire ou sanitaire). Elles peuvent même être exacerbées en milieu hospitalier traditionnel où le patient détenu accueilli sera parfois suspect de manipulation et/ou de recherche de bénéfices secondaires

A ces représentations s'ajoutent celles de la violence, qui n'est plus perçue comme un risque mais comme une qualité des personnes placées en UDV – celles-ci n'étant pas des personnes détenues à risque élevé de violence mais des « *personnes détenues violentes* ». En ce sens, le nouveau Code

Pénitentiaire apporte une amélioration en rendant sa subjectivité aux sujets détenus en UDV qui ne sont plus des « *détenus violents* », mais des « *personnes détenues violentes* ».

Selon une étude longitudinale nord-américaine, menée sur 132 sujets adultes incarcérés entre juin 2002 et mai 2007 par Moore *et al.*, les sujets détenus tendent à surestimer les préjugés dont ils font l'objet en population générale, mais à sous-estimer les comportements stigmatisant dont ils feront l'expérience lors de leur retour en milieu ouvert <sup>[120]</sup>.

Selon Moore *et al.*, le degré de perception, par les sujets détenus, des préjugés dont ils font l'objet ne serait prédictif de récidive que dans les faits de violence. En effet, les sujets qui surestimaient ces préjugés étaient plus susceptibles de commettre un passage à l'acte violent au cours du suivi longitudinal.

Les auteurs avancent deux hypothèses pour expliquer ce phénomène : d'une part, une plus grande implication dans des actes criminels antérieurs à la détention pourrait majorer de façon indépendante la perception des préjugés et le risque de récidive ; d'autre part, l'anticipation exacerbée de la stigmatisation pourrait favoriser un sentiment d'exclusion de la société et conduire le sujet à rechercher un groupe d'appartenance auquel il adaptera son comportement, y compris dans le passage à l'acte violent.

Plus l'identification à un groupe à comportements criminels sera forte, plus elle le sera détriment d'autres relations (amicales, familiales) augmentant ainsi l'isolement et le manque d'appui familial, tous deux étant des facteurs de risque de violence

Par ailleurs, l'anticipation des comportements discriminants serait corrélée à l'émergence de syndrome anxio-dépressif, en lien notamment avec la perte d'un statut antérieur dans la société, majorant à nouveau le risque d'isolement.

En participant à la stigmatisation des sujets placés en UDV, la qualification de « *personnes détenues violentes* » renforcent la vulnérabilité des sujets vis-à-vis d'un passage à l'acte violent.

*III.C.1.b. Projet SMPR-UDV : la question du clivage*

Tel que l'illustre nos échanges avec le personnel de surveillance à la maison d'arrêt de Strasbourg (voir II.B.2.b. Retour par le personnel de surveillance), les relations entre professionnels de la pénitencier et professionnels de la psychiatrie peuvent être tendues. Ces difficultés relationnelles ne relèvent pas d'une exception locale, mais sont un phénomène largement décrit dans la littérature notamment au travers de la question des représentations sociales de ces deux corps de métier, et donc une nouvelle fois la question de la stigmatisation <sup>[108]</sup>.

Selon Vanderstukken et al., les représentations sociales dont font l'objet les professionnels exerçant en milieu pénitencier souffrent des mêmes représentations que la prison en elle-même, un lieu où la société mettrait à distance tout ce qu'elle craint : « *la pauvreté, l'illettrisme, la marginalité, la maladie mentale* » <sup>[108]</sup>. D'une part, le personnel de surveillance serait perçu de façon négative, tantôt méprisé, tantôt haï. D'autre part, les membres du personnel soignant exerçant dans un milieu non dédié aux soins, seront perçu comme des « [...] *professionnels ratés, de seconde zone [...]* » ou encore en postes aménagés <sup>[108]</sup>, y compris auprès de leurs pairs exerçant en milieu conventionnel.

Cette mise à l'écart de la société ou de ses pairs renforcera la recherche d'un groupe d'appartenance, entretenant la méfiance vis-à-vis de groupes externes et dont le clivage constituera un « *refuge sécurisant* » <sup>[108]</sup>.

Le clivage sera lui-même entretenu par la fragilité des identités professionnelles, dont l'un des facteurs aggravants est la multiplicité des missions qui incombent aux agents, sans moyen ou formation supplémentaire, participant à son sentiment d'insécurité. Pour le personnel de surveillance, la multiplicité des missions émane notamment de réformes successives. Pour le personnel de soin, cette multiplicité peut être le fait de glissements de tâches ou d'un flou quant aux représentations des missions de chacun, comme nous l'avons constaté auprès de A. et B. et de X. et Y. lors de nos entretiens.

« *L'identité professionnelle des surveillants pénitentiaires ainsi menacée génère une demande de reconnaissance hiérarchique et de légitimité. Cette quête de revalorisation se fait implicitement à travers une demande collective de renforcement sécuritaire et de réaffirmation de l'autorité dans l'exercice de leurs missions. [...] Pour l'institution, il paraît plus simple de répondre à la demande sécuritaire que de soutenir la demande sous-jacente de reconnaissance des personnels.* »

Vanderstukken et al., Professionnels de la psychiatrie et de la pénitentiaire, le poids des représentations sociales [108]

En extrapolant ces observations au contexte de création des UDV, l'émergence de ces unités ne serait ainsi que le symptôme d'un renforcement sécuritaire croissant entretenu par une souffrance institutionnelle.

Lors de notre rencontre, Monsieur Gras évoque lui aussi le sentiment d'insécurité croissant à l'origine de la création des UDV. Selon lui, l'augmentation du nombre de passages à l'acte violent en détention serait d'origine duelle, d'une part l'augmentation des signalements rédigés par le personnel de détention pour des évènements violents de moindre intensité, citée comme « *une diminution de la tolérance des agents face à la violence* », d'autre part la sur-occupation carcérale, c'est-à-dire l'augmentation du nombre de sujets détenus à la charge d'un seul membre du personnel de surveillance.

Ces hypothèses évoquent plus largement la question de la santé mentale au travail. En effet, la surcharge de travail, la confrontation à la souffrance (exigence émotionnelle forte), les conflits interpersonnels ou encore les conflits de valeurs, sont autant de facteurs de risque de syndrome de surmenage professionnel (ou burnout) présents en détention <sup>[121]</sup>. Or, parmi les symptômes de burnout, certains symptômes comme l'épuisement émotionnel, l'émergence de comportements agressifs, voire violent, ou encore d'un cynisme, d'une hostilité dans les relations au travail, peuvent expliquer à la fois une diminution de la tolérance face aux faits de violence, mais aussi constituer

d'authentiques facteurs de risque relationnels à l'origine d'une augmentation objective des faits de violence (infligée ou subie).

Concernant les professionnels de santé, malgré une clinique psychiatrique et un milieu d'exercice spécifique au fonctionnement carcéral, leur formation ne diffère pas de celle des secteurs conventionnels. Ce socle commun peut prévenir les risques d'une « *hyperspécialisation* » qui serait responsable d'un cloisonnement des professionnels soignants en détention vis-à-vis de leurs homologues en milieu ouvert, et ainsi prévenir les risques d'isolement et d'épuisement professionnel <sup>[4]</sup>. Cependant, ce manque de spécificité dans la formation des agents peut favoriser l'émergence d'un clivage entre personnel pénitentiaire et personnel sanitaire, soit par le manque de vigilance portée à l'expression psychopathique de certains troubles, soit par un phénomène de « *paranoïa en miroir* ». Ces deux points pouvant faire l'objet d'une formation commune.

*« La notion de « paranoïa en miroir » [...] dérive d'une lutte de pouvoirs et de tensions favorisée par le narcissisme des soignants et des pénitentiaires. S. Baron-Laforêt et J. Laurans mettent en garde contre l'illusion du soignant de changer la prison et contre l'habileté de certains détenus à manipuler les différentes catégories d'intervenants. [...] Cette « paranoïa en miroir » se manifeste par « méfiance, suspicion, projection hostile, repli de chaque équipe dans sa tour d'ivoire, limitation des échanges verbaux au profit des interpellations vives par l'écrit [...] »*

Manzanera et al., Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire <sup>[4]</sup>

La lutte contre la « *paranoïa en miroir* » nécessite une compréhension mutuelle des acteurs intervenant auprès des personnes détenues (leur rôle, leur vocabulaire) et leurs participations volontaires à des négociations perpétuelles (espace de travail, compromis entre adaptations sécuritaires et sanitaires).

Au vu du résultat de nos entretiens avec le personnel de surveillance et afin de ne pas entretenir l'image d'une « posture haute » parfois extrapolée à partir de certaines interactions, un outil de lutte contre ce phénomène de « *paranoïa en miroir* » pourrait être l'intervention de tiers dans certaines interactions ou encore la participation à des formations communes sur le thème des interactions entre personnel pénitentiaire et personnel sanitaire.

### III.C.2. Projet SMPR-UDV : Réinsertion ou Réhabilitation psychosociale ?

Le vocabulaire pénitentiaire diffère du langage psychiatrique. Au travers des signifiants qu'ils emploient, les agents pénitentiaires et sanitaires expriment parfois des objectifs semblables en apparence mais distincts dans leur mise en œuvre. Cette différence de paradigme s'illustre en UDV au travers des concepts de réhabilitation et de réinsertion.

Le terme « réhabilitation » est employé lorsque l'on suspecte chez le sujet l'existence d'un ou plusieurs déficits fonctionnels (capacités cognitives, capacités relationnelles...) à l'origine d'un handicap (dépendance dans les gestes du quotidien et/ou dans ses démarches administratives, restriction de participation dans la société...). Les procédés de réhabilitation se basent sur les capacités préservées du sujet afin de les renforcer pour pallier un déficit ou pour développer de nouvelles compétences <sup>[122]</sup>. Le sujet est dit « réhabilité » lorsque ses capacités d'adaptation lui garantissent un mode de vie et d'activité au plus proche possible de ses attentes propres et de ses objectifs de vie.

Le terme de « réinsertion » fait référence, en sociologie, au fait d'insérer de nouveau un sujet au sein de la société, par l'acquisition des valeurs et de normes qui la régissent. La perte de l'insertion sociale est le fait d'une transgression initiale (à l'origine de la peine de privation de liberté), un sujet est dit « réinséré » lorsqu'il participe de nouveau à la vie de la communauté dans le respect de la Loi <sup>[123]</sup>. Ce rapport à la Loi est illustré par l'existence en France des Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation (SPIP) dont la mission est l'accompagnement des personnes détenues dans leur parcours

d'exécution de peine. La bonne exécution de la peine se trouve ainsi au centre de la définition de la réinsertion du sujet détenu. C'est pourquoi la réinsertion est souvent assimilée à la lutte contre la récidive, dont fait partie la prévention des facteurs de risque de violence au travers d'une prise en charge socio-éducative (lutte contre l'inactivité, contre l'isolement...). De ce fait, certains outils de prise en charge sont communs au sein des processus de réhabilitation et de réinsertion, sans partager la même finalité.

La réhabilitation viserait donc à garantir l'accomplissement subjectif du projet de vie du sujet ; la réinsertion viserait quant à elle à garantir la participation du sujet dans la société dans le respect de l'ordre public.

Du fait de cette divergence, l'utilisation des termes « réhabilitation » et « réinsertion » est connotée. On parle plus volontiers de réhabilitation en tant qu'acteur de santé mentale, et de réinsertion en tant qu'acteur du maintien de l'ordre.

Cependant, il ne s'agit pas de la seule façon de concevoir l'intervention sociale et sanitaire auprès des personnes placées en détention.

Le modèle GLM pour « Good Lives Model », ou « Modèle des bonnes vies », est un modèle proposé par Ward et al. afin de prendre en charge les personnes après un passage à l'acte délictueux en vue de rétablir leur participation dans la société <sup>[124]</sup>.

Cette conceptualisation du passage à l'acte se rapproche donc de celle de l'agir comme régression vers un registre comportemental (voir I.C.3.a. La clinique de « l'agir »). En effet, selon ce modèle, le comportement délictueux ou criminel serait une réponse inadaptée résultant d'un manque de ressources pro-sociales. Le GLM est un modèle mixte associant le développement des compétences du sujet (principe de réhabilitation) au respect des normes sociales (principe de réinsertion) afin de répondre à ses besoins fondamentaux. Si ce modèle n'apporte pas au sens propre de nouvel outil de prise en charge, il présente l'avantage d'intégrer le rappel à la Loi au développement des compétences globales du sujet et représente un modèle neutre, non clivant entre équipe sanitaire et pénitentiaire.



### III.C.3. Projet SMPR-UDV et économie de la Santé

Afin de garantir l'allocation pérenne de ressources humaines au projet SMPR-UDV (psychologue et psychiatres, voir III.B. Projet SMPR-UDV à la maison d'arrêt de Strasbourg), il est nécessaire de questionner le bénéfice et le coût d'une telle intervention. En effet, dans l'objectif de rationaliser l'offre de soins sur le territoire et de concentrer les moyens financiers disponibles sur des projets jugés d'intérêt public prioritaires, les politiques de santé actuelles attribuent leurs financements sur la base d'évaluations économiques.

Au cours de ce travail, nous avons énoncé l'intérêt théorique d'une prise en charge psychiatrique des sujets détenus violents. En effet, tel que préconisé par le guide méthodologique de la Haute Autorité de Santé relatif à l'évaluation économique <sup>[125]</sup>, nous avons précisé le contexte clinique, le contexte réglementaire et l'impact mixte attendu du projet SMPR-UDV (réhabilitation et réinsertion). Il nous faut encore justifier collectivement l'objectif interventionnel du projet SMPR-UDV et définir les critères de jugement qu'il sera nécessaire d'évaluer de façon prospective.

Afin de justifier l'intérêt collectif du projet SMPR-UDV, nous pouvons extrapoler une partie des résultats de l'étude de Foster *et al.* portant sur l'évaluation économique d'une intervention psycho-éducative dédiée à la prévention de la violence auprès d'enfants à risque élevé de passage à l'acte violent <sup>[126]</sup>.

Dans cette étude, Foster *et al.* postulent que les comportements violents sont particulièrement coûteux pour la société et justifient à ce titre des méthodes d'intervention elles-mêmes coûteuses. Afin de soutenir ce postulat, les auteurs citent différentes dépenses directement ou indirectement liées à la violence : coût des investigations judiciaires, coût de l'instruction, coût de l'incarcération, coût pour les victimes (médical, arrêt de travail, valeur d'éventuels biens volés, décès), coût pour les familles de victime ou du sujet mis en cause (perte de salaire) ... Si bien, qu'aux Etats-

Unis en 2004, le coût que représente la population de sujets jeunes délinquants à haut risque de violence a été estimé à 38 milliards de dollars, venant légitimer le coût de l'intervention étudiée par les auteurs, estimée à 7 milliards de dollars.

Cependant, selon les résultats obtenus dans le cadre de leur étude, leur intervention ne produirait aucun bénéfice pour une grande partie de l'échantillon du fait d'un risque individuel résiduel de violence très élevé et intrinsèque (voir I.B.1. Évaluer le risque de violence criminologique en détention). Les auteurs font alors plusieurs hypothèses quant à l'absence d'effet sur leur échantillon (intervention trop précoce, intervention trop tardive ou intervention inadaptée).

En extrapolant ces résultats au projet SMPR-UDV, nous pouvons donc émettre l'hypothèse qu'une intervention systématique du SMPR au sein de l'UDV pourrait représenter un bénéfice collectif futur (économique et fonctionnel) à la condition d'une population cible suffisamment spécifique mais également accessible au type d'intervention proposée.

Or, tel que nous l'avons vu au travers de la définition des UDV, il existe des critères d'inclusion suffisant pour restreindre la population ciblée mais également pour adapter le type d'intervention proposée aux spécificités individuelles des sujets concernés.

Afin de mesurer l'impact réel d'une telle intervention, il sera nécessaire d'évaluer ses effets de façon prospective.

Selon les recommandations de la HAS <sup>[125]</sup>, l'analyse de référence nous permettant d'évaluer économiquement les effets de notre intervention est de type « coût-utilité ». Cela signifie qu'il existe deux critères de jugement principaux : la qualité de vie liée à la santé et la « durée de vie ».

La qualité de vie est évaluée à partir de la QALY (quality-adjusted life year), pondérant la durée de vie par la qualité de vie.

La « durée de vie » représente la durée de vie sans récurrence.

Bien que présentant un intérêt théorique et éthique certain, le projet SMPR-UDV devra donc à l'avenir être évalué de façon prospective par le biais de la QALY et de la durée de vie sans récurrence, afin de garantir sa pérennité.

## Conclusion

Les troubles mentaux en population carcérale sont en constante augmentation dans les pays industrialisés et il est à prévoir la poursuite de cette augmentation en France au vu des jurisprudences ou des décrets récents (affaire Halimi portée en cassation, responsabilité pénale systématique en cas de rupture thérapeutique).

La prison est un lieu de privation de liberté centré autour du rappel à la Loi, où le soin est secondaire et parfois perçu comme un privilège. D'un point de vue réglementaire, la violence y est donc contenue par une escalade de mesures coercitives, dont les Unités pour personnes Détenues Violentes (UDV) sont depuis 2019 l'exemple le plus récent.

Bien qu'au regard de la Loi, il ne soit prévu aucune intervention sanitaire systématique en Unités pour personnes Détenues Violentes (UDV), il est apparu de façon empirique un recours croissant aux demandes d'évaluation psychiatrique des sujets placés en UDV à la maison d'arrêt de Strasbourg. Cette expérience de l'UDV a donc fait émerger l'idée d'un projet commun, le projet SMPR-UDV.

Nous nous sommes intéressés de manière qualitative au contexte de création du projet SMPR-UDV avec la problématique suivante : déterminer l'apport de la psychiatrie dans la prise en charge des sujets placés en Unités pour personnes Détenues Violentes.

La définition protéiforme de la personne détenue violente selon la Loi nous a d'abord conduits à définir la nature de la « personne détenue violente ».

L'analyse statistique et situationnelle des facteurs de risque de violence criminologique en détention, nous a permis d'affirmer que l'ensemble de la population carcérale présente le potentiel criminologique d'être une « personne détenue violente ».

En matière de violence criminologique, la « personne détenue violente » ne peut pas être seulement décrite par son potentiel violent (antécédent ou risque de passage à l'acte selon le Code

Pénitentiaire). L'évaluation du risque de violence criminologique en milieu carcéral relève davantage d'un modèle explicatif que d'un modèle prédictif. C'est bien le passage à l'acte effectif qui différencie la « personne détenue » de la « personne détenue violente ».

En matière de violence psychiatrique, nous avons vu au travers des caractéristiques épidémiologiques de la population carcérale que la nature et la prévalence des troubles psychiatriques les plus fréquents en détention varient au cours de l'incarcération. Lors de leur acutisation, ces troubles sont associés à différentes situations à risque de violence psychiatrique pour lesquelles il n'existe pas de statistiques propres.

Parmi les situations à risque, seules les agitations psychomotrices (par exemple : raptus anxieux, épisode psychotique aigu) et les états d'agressivité par troubles du contrôle des impulsions (par exemple : TDAH, trouble explosif intermittent) sont compatibles avec la double qualité de « personne détenue violente » et « Patient détenu ».

Les agitations psychomotrices relèvent d'une prise en charge médicale urgente car elles sont suspectes de l'existence d'un trouble psychiatrique aigu, mais ne sont pas toujours identifiées comme telles. L'agressivité ne relèvera d'une prise en charge psychologique ou psychiatrique qu'au prix d'une volonté de changement du sujet et donc d'une demande de soin.

En étudiant les différentes mesures pénitentiaires de gestion de la violence antérieures à l'ouverture des UDV à la maison d'arrêt de Strasbourg, nous avons observé que les niveaux de prévention primaire et secondaire incluent une lutte active contre les facteurs de risque de violence, contrairement au niveau tertiaire représenté par des mesures dissuasives et coercitives. Les sanctions disciplinaires n'ont pas été pensées en termes de gestion de risque résiduel de violence mais en termes de réponse punitive à la transgression que constitue le passage à l'acte.

La création des UDV est donc un complément aux mesures existantes, pensé en termes de lutte contre la récidive violente. Le placement en UDV a pour objectif de développer un plan de prise en charge individualisé et un ensemble de recommandations quant aux conditions de détention. En ce

sens, il semble que la psychiatrie ait autant un apport théorique dans l'évaluation comportementale du sujet et l'établissement d'un projet de prise en charge, qu'un rôle pratique dans l'émergence d'une demande de changement et donc de soins.

Si l'existence d'un trouble psychiatrique aigu est, localement, une contre-indication au placement en UDV, il arrive que des sujets détenus placés en UDV présentent une pathologie psychiatrique aiguë à l'origine des phénomènes violents. La psychiatrie présente alors un rôle de filtre quasi-expertal lors de la rencontre avec le sujet.

Nos rencontres avec les agents pénitentiaires intervenant en UDV à la maison d'arrêt de Strasbourg ont confirmé l'intérêt d'un projet de prise en charge commun SMPR-UDV en complément de l'offre de soins habituelle.

Les objectifs principaux d'une telle intervention seront la participation aux échanges préparatoires à l'admission d'un sujet entre structure d'origine et structure d'accueil ; le recueil (le cas échéant) des antécédents psychiatriques ; le dépistage de contre-indications psychiatriques éventuelles à l'admission en UDV ; la tenue d'entretiens d'évaluation (et d'orientation le cas échéant) ; la proposition faite à la personne détenue en UDV de rencontrer respectivement les référents psychiatre et psychologue pour définir une prise en charge ; la tenue d'entretiens individuels et/ou prises en charge collectives articulées autour de la question de la violence ; enfin la participation mensuelle à la Commission Pluridisciplinaire Unique de l'UDV (afin d'apporter des éléments de nature à adapter la prise en charge globale, dans le respect du secret professionnel)

Enfin, par le biais d'un questionnaire éthique, nous nous sommes intéressés aux processus limitant l'accès aux soins en UDV (stigmatisation, clivage, etc...).

Ces questionnements sont une source d'amélioration des relations humaines entre agents pénitentiaires, agents sanitaires et personnes détenues. Bien que nos objectifs de prise en charge divergent parfois entre qualité de vie et sécurité, les approches pluridisciplinaires, telles que le propose

le « Good Lives Model », permettent d'envisager des relations plus pérennes et sereines entre agents, afin d'associer nos objectifs de soins, aux objectifs de lutte contre la récidive.

Ce travail de thèse nous a permis de mettre en évidence plusieurs pistes de recherche future. Premièrement, la nécessité de réaliser une étude longitudinale mesurant le taux de récidive des sujets sortant d'UDV, afin d'établir l'efficacité d'un tel dispositif sur la lutte contre la récidive (sans intervention psychiatrique systématisée). Deuxièmement, l'intérêt d'une étude de cohorte comparant la QALY entre sujet disposant d'une prise en charge conjointe pénitentiaire et psychiatrique au sein d'une UDV, versus sujet avec prise en charge pénitentiaire unique. Troisièmement, une étude transversale mesurant la prévalence des différents motifs de refus des visites d'entrée par les sujets détenus, en vue d'entreprendre des mesures de lutte contre la stigmatisation des soins psychiatriques en détention.

VU

Strasbourg, le 05 SEP 2022

Le président du jury de thèse

Professeur Pierre VIDAILHET

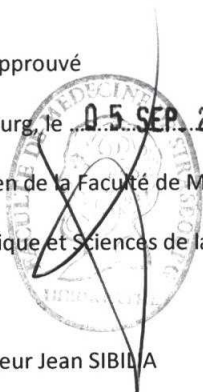


VU et approuvé

Strasbourg, le 05 SEP 2022

Le Doyen de la Faculté de Médecine,  
Maïeutique et Sciences de la Santé

Professeur Jean SIBILLA



ANNEXE 1 : VRAG (Violence Risk Appraisal Guide) de Quinsey et al., 2006 <sup>[127]</sup>

VRAG	12 ITEMS	SCORE
1	A vécu avec ses parents biologiques jusqu'à l'âge de 16 ans (sauf en cas de décès des parents biologiques)	
	OUI .....	-2
	NON .....	+3
2	Inadaptation scolaire à l'école élémentaire	
	Pas de problème .....	-1
	Problèmes disciplinaires mineurs ou modérés .....	+2
	Comportement disruptif fréquent ou exclusion scolaire .....	+5
3	Antécédent d'abus d'alcool parmi les critères suivants : Alcoolisme parental, abus d'alcool à l'adolescence, abus d'alcool à l'âge adulte, infraction antérieure liée à un abus d'alcool, infraction actuelle liée à un abus d'alcool.	
	Aucun critère .....	-1
	1 ou 2 critère(s) .....	0
	3 critères .....	+1
	4 ou 5 critères .....	+2
4	Statut marital	
	Déjà marié ou vie commune d'au moins six mois .....	-2
	Jamais marié .....	+1
5	Score de Cormier-Lang (Antécédent de délit non violent)	
	Score à 0 .....	-2
	Score à 1 ou 2 .....	0
	Score à 3 ou plus .....	+3
6	Manquement antérieur à une probation	
	NON .....	0
	OUI .....	+3
7	Âge lors du délit actuel	
	39 ou plus .....	-5
	34 – 38 .....	-2
	28 – 33 .....	-1
	27 .....	0
	26 ou moins .....	+2
8	Situation clinique de la victime (délit actuel)	
	Décès .....	-2
	Hospitalisée .....	0



	Guérie et rentrée à domicile .....	+1
	Pas de blessure (inclus l'absence de victime impliquée) .....	+2
<b>9</b>	Victime de sexe féminin (délit actuel)	
	OUI .....	-1
	NON (inclus l'absence de victime) .....	+1
<b>10</b>	Rempli les critères d'un trouble de personnalité selon le DSM*	
	NON .....	-2
	OUI .....	+3
<b>11</b>	Rempli les critères de schizophrénie selon le DSM*	
	NON .....	-3
	OUI .....	+1
<b>12</b>	Score de psychopathie selon la PCL-R**	
	4 ou moins .....	-3
	5 – 9 .....	-3
	10 – 14 .....	-1
	15 – 24 .....	0
	25 – 34 .....	+4
	35 ou plus .....	+12

\*DSM : Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders).

\*\*PCL-R : Test de Psychopathie révisé de Hare, 1991 (Psychopathy Checklist Revised).

Score selon le VRAG	Risque de violence
-24 à -8	Faible
-7 à 13	Modéré
14 à 32	Elevé

ANNEXE 2 : Sanctions disciplinaire encourues par le sujet détenu majeur <sup>[128]</sup>**Article R233-1 du Code Pénitentiaire****Version en vigueur au 1er mai 2022**

Lorsque la personne détenue est majeure, peuvent être prononcées les sanctions disciplinaires suivantes :

- 1° L'avertissement ;
- 2° L'interdiction de recevoir des subsides de l'extérieur pendant une période maximum de deux mois ;
- 3° La privation pendant un période maximum de deux mois de la faculté d'effectuer en cantine tout achat autre que celui de produits d'hygiène, du nécessaire de correspondance et de tabac ;
- 4° La privation pendant une durée maximum d'un mois de tout appareil acheté ou loué par l'intermédiaire de l'administration ;
- 5° La privation d'une activité culturelle, sportive ou de loisirs pour une période maximum d'un mois ;
- 6° L'exécution d'un travail d'intérêt collectif de nettoyage, remise en état ou entretien des cellules ou des locaux communs, cette sanction, dont la durée globale n'excède pas 40 heures, ne peut être prononcée qu'avec le consentement préalable de la personne détenue ;
- 7° Le confinement en cellule individuelle ordinaire assorti, le cas échéant, de la privation de tout appareil acheté ou loué par l'intermédiaire de l'administration pendant la durée de l'exécution de la sanction ;
- 8° La mise en cellule disciplinaire ;

**Article R233-2 du Code Pénitentiaire****Version en vigueur au 1<sup>er</sup> mai 2022**

Lorsque la personne détenue est majeure, les sanctions disciplinaires suivantes peuvent également être prononcées :

- 1° La suspension de la décision de classement dans un emploi ou une formation pour une durée maximum de huit jours ;
- 2° Le déclassement d'un emploi ou d'une formation ;
- 3° La suppression de l'accès au parloir sans dispositif de séparation pour une période maximum de quatre mois lorsque la faute a été commise au cours ou à l'occasion d'une visite. »

## Bibliographie

### Introduction

1. Guibet Lafaye C. *et al.*, Entre faits divers et débats publics : comment la presse écrite aborde la psychiatrie ?, *Questions de communication*, 2016 ; 30, 261-5
2. Haute Autorité de Santé, Dangersité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur, *rapport d'audition publique*, mars 2011
3. Eck M. *et al.*, La psychiatrie en milieu pénitentiaire : Un guide pratique à destination des internes, 2<sup>ème</sup> édition, *Association Enseignement Sémiologie Psychiatrique*, 2020
4. Manzanera C. *et al.*, Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire : organisation, moyens, psychopathologies et réponses thérapeutiques, *Annales Médico Psychologiques* 162, *Elsevier*, 2004, p. 686-99
5. Hasnaoui-Dufrenne S., Affaire Sarah Halimi : peu important les raisons de la folie [En ligne], Dalloz actualité, avril 2021 [Cité le 27 mai 2022], Disponible sur : <https://www.dalloz-actualite.fr/flash/affaire-sarah-halimi-peu-important-raisons-de-folie>
6. Décret n°2022-657 du 25 avril 2022 précisant les dispositions de procédure pénale résultant de la loi n°2022-52 du 24 janvier 2022 relative à la responsabilité pénale et à la sécurité intérieure applicables en cas de trouble mental, JORF n°0097 du 26 avril 2022, texte n°31
7. Village de la Justice, Le nouveau code pénitentiaire est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> mai 2022 [En ligne], mai 2022 [Cité le 27 mai 2022] Disponible sur : <https://www.village-justice.com/articles/nouveau-code-penitentiaire-est-entre-vigueur-1er-mai-2022,42501.html#:~:text=I%27institution%20judiciaire.-,Le%20nouveau%20Code%20p%C3%A9nitentiaire%20est%20entr%C3%A9%20en%20vigueur%20le%201er,du%20droit%20et%20des%20justiciables.>

## Partie 1

8. Centre national de Ressources Textuelles et Lexicales, « Violence » [En ligne], CNRTL ; 2012 [cité le 20 janvier 2021]. Disponible sur : <https://www.cnrtl.fr/definition/violence>
9. Dictionnaire juridique de Serge Braudo, « Définition de Violence » Dans Dictionnaire du Droit privé [En ligne], S. Braudo [cité le 30 avril 2021]. Disponible sur : <https://www.dictionnaire-juridique.com/definition/violence.php>
10. Organisation mondiale de la santé, *Rapport mondial sur la violence et la santé : résumé*, OMS, 2002
11. Article R224-1 du Code Pénitentiaire, Création Décret n°2022-479 du 30 mars 2022 relatif à la prise en charge en unités pour personnes détenues violentes codifiant le Code Pénitentiaire, JORF du 5 avril 2022
12. Pouget R., Synthèse, Dans Alberne T. (dir.), *Criminologie et psychiatrie*, *Ellipses*, 1997, 64-73.
13. Bergeret J., La violence, Dans Alberne T. (dir.), *Criminologie et psychiatrie*, *Ellipses*, 1997, 35-9
14. Borstein S., L'apport du structuralisme à la compréhension des phénomènes de dangerosité, Dans Alberne T. (dir.), *Criminologie et psychiatrie*, *Ellipses*, 1997, 60-1
15. Koupernik C., L'apport de la clinique psychiatriques à la compréhension des phénomènes de dangerosité, Dans Alberne T. (dir.), *Criminologie et psychiatrie*, *Ellipses*, 1997, 61-4
16. Senon J.L., *et al.*, Dangerosité criminologique : données contextuelles, enjeux cliniques et experts, *L'information psychiatrique*, *John Libbey Eurotext*, août 2009, Volume 85, 719-25
17. Feeley M., *et al.*, The new penology : notes on the emerging strategy of corrections and its implications, *Criminology*, 1992, 30, 449-74
18. Arbus L., *et al.*, Les aspects médico-légaux de la dangerosité dans les troubles de l'humeur, Dans De Beaurepaire C., *et al.*, Les dangers : de la criminologie à la psychopathologie, entre justice et psychiatrie, *John Libbey eurotext*, 2004, 199-205

19. Burgelin J.F. (dir.), *et al.*, Santé, justice et dangersités : pour une meilleure prévention de la récidive, *Rapport de la commission Santé-Justice, Ministère de la justice, Ministère des solidarités, de la santé et de la famille*, juillet 2005
20. Hastings M., *et al.*, Predictive and Incremental Validity of the Violence Risk Appraisal Scores with Male and Female Jail Inmates, *Psychol Assess*, Mars 2011, 23(1), 174-183
21. Wemmers J.A., L'histoire de la victimologie, Dans *Introduction à la victimologie, Presses de l'Université de Montréal*, 2003, 27-42
22. American Psychiatric Association, Antisocial personality disorder, Dans *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*, 2013
23. American Psychiatric Association, Borderline personality disorder, Dans *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*, 2013
24. Centre national de Ressources Textuelles et Lexicales, « Impulsion » [En ligne], CNRTL ; 2012 [cité le 30 avril 2021]. Disponible sur : <https://www.cnrtl.fr/definition/impulsion>
25. Millaud F., *et al.*, Les outils d'évaluation du risque de violence : avantages et limites, Dans *L'information psychiatrique (Vol.88)*, John Libbey Eurotexte, 2018, 431 à 437
26. Senon J.L. (dir.) *et al.*, Audition publique : Expertise psychiatrique pénale, Rapport de la commission d'audition, *Haute Autorité de Santé, Ministère de la Santé et des Solidarités*, 25 et 26 janvier 2007
27. Cauchy D. (dir.) *et al.*, Comment prévenir la radicalisation : une revue systématique, *Centre international pour la prévention de la criminalité (CIPC)*, 2015
28. Haute Autorité de Santé, Conférence de consensus, La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge, Texte cours, *Haute Autorité de Santé*, 2000
29. Alcon-Lignereux L., *et al.*, 4 500 détenus de plus en 5 ans, 2015-2020 : analyse statistique de l'évolution de la population carcérale, *Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques n°50, Ministère de la Justice*, 2020

30. Population totale par sexe et âge au 1<sup>er</sup> janvier 2020, France, Bilan démographique 2019 [En ligne], INSEE ; 2020 [cité le 05 février 2021]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892086?sommaire=1912926>
31. État matrimonial légal des personnes selon le sexe, Données annuelles de 2006 à 2017 [En ligne], INSEE ; 2020 [cité le 05 février 2021]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381496>
32. Jauneau Y., *et al.*, Une photographie du marché du travail en 2019, Le chômage continue de reculer [En ligne], INSEE ; 2020 [cité le 05 février 2021]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4314980>
33. Fondation Abbé Pierre, L'état du mal-logement en France 2020, Rapport annuel #25, *Quatrième Cahier, les chiffres du mal-logement, 2020*
34. Champsaur P. (dir.), L'Histoire familiale des hommes détenus, *Synthèses, INSEE, 59, 2002*
35. Sahajian F., *et al.*, Consommation de substances psycho actives chez les personnes entrant en prison. *Santé Publique, 2(2), 2006, 223-34*
36. Protais C., *et al.*, Circulation et échanges de substances psychoactives en milieu carcéral, résultats de l'enquête Circé sur la question du marché des drogues en prison, Rapport final à destination de la direction de l'administration pénitentiaire du ministère de la justice, *Observatoire français des drogues et des toxicomanies, Avril 2019*
37. Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, Les violences interpersonnelles dans les lieux de privation de liberté, *Editions Dalloz, 2020*
38. Philippot P. *et al.*, Le travail des émotions en thérapie comportementale et cognitive vers une psychothérapie expérientielle, *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseau, De Boeck Supérieur, 2002, 29, 87-122*
39. Schehr S., L'expérience ordinaire de la méfiance, *Tracés. Revue de Sciences humaines, 31, 2016*

40. Lemire G. *et al.*, L'influence de la prison sur le détenu, dans Anatomie de la prison contemporaine, Nouvelle édition [En ligne], *Presses de l'Université de Montréal*, 2007 [cité le 19 février 2021]. Disponible sur : <http://books.openedition.org/pum/10032>
41. Clemmer D., Observations on Imprisonment as a Source of Criminality, *Journal of Criminal Law and Criminology*, Volume 41, 1950
42. Laplante J. *et al.*, La privation relative et le niveau d'identification comme déclencheurs du désengagement psychologique : une étude exploratoire auprès d'éducatrices, *Les cahiers internationaux de psychologie sociale*, Numéro 89-90, 2011, 43-61
43. Chauvenet A., *et al.*, La violence carcérale en question, Le lien social, *Presses Universitaires de France*, 2008
44. Centre national de Ressources Textuelles et Lexicales, « Méfier (se) » [En ligne], CNRTL ; 2012 [cité le 5 août 2021]. Disponible sur : <https://www.cnrtl.fr/definition/m%C3%A9fier>
45. Ministère de la Justice, « Surveillant pénitentiaire » [En ligne] ; 2021 [cité le 5 août 2021]. Disponible sur : <http://www.metiers.justice.gouv.fr/surveillant-penitentiaire-12629/le-metier-12630/>
46. Meier O., « Robert K. Merton et la socialisation anticipatrice » [En Ligne], RSE Magazine, 2020, [cité le 05 août 2021], Disponible sur : [https://www.rse-magazine.com/Robert-K-Merton-et-la-socialisation-anticipatrice\\_a3706.html](https://www.rse-magazine.com/Robert-K-Merton-et-la-socialisation-anticipatrice_a3706.html)
47. Falissard B. *et al.*, Prevalence of mental disorders in French prisons for men, *BMC Psychiatry*, 2006
48. Fovet T. *et al.*, Mental disorders on admission to jail : A study of prevalence and a comparison with a community sample in the north of France, *Cambridge University Press*, 2020
49. Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale, Santé en population carcérale [En ligne], 2021 [cité le 04 novembre 2021]. Disponible sur : <https://www.ccomssantementalelillefrance.org/?q=sant%C3%A9-en-population-carc%C3%A9rale>

50. Bellamy *et al.*, Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale, Etudes et Résultats, numéro 347, *Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques*, 2004
51. Karila L. *et al.*, Facteurs de risque et de vulnérabilité aux addictions, *La revue de santé scolaire et universitaire*, vol 1, numéro 2, 2010, p. 10-2
52. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (Inserm), Troubles du stress post-traumatique, Quand un souvenir stressant altère les mécanismes de mémorisation [En ligne], 2020 [cité le 02 décembre 2021]. Disponible sur : <https://www.inserm.fr/dossier/troubles-stress-post-traumatique/>
53. Belet B., Trouble de stress post-traumatique en milieu pénitentiaire, *L'Encéphale*, Vol 843, Issue 1, 2020, p.1-68
54. Chantraine G., La construction idéale-typique des rapports à l'enfermement, Dans Thèse : Expériences carcérales en maison d'arrêt : approche socio-historique et biographique d'une institution totale, *Sociologie, Université Lille 1*, 2002, 130-135
55. Ricordeau G., Troisième chapitre : le « choc carcéral » et les premières ruptures, Dans Thèse : Les relations familiales à l'épreuve de l'incarcération : solidarités et sentiments à l'ombre des murs, *Sociologie, Université Paris-Sorbonne-Paris IV*, 2005, 72-88
56. Mucchielli A., Les fondements de l'identité psychosociologique. Alex Mucchielli édition, *L'identité, Presses Universitaires de France*, 2013, p.39-77
57. L'Assurance Maladie, « Crise suicidaire : agir avant la tentative de suicide » [En Ligne], Ameli.fr, 2021, [Cité le 09 décembre 2021], Disponible sur : <https://www.ameli.fr/bas-rhin/assure/sante/urgence/pathologies/crise-suicidaire-tentative-suicide>
58. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, « Suicidaire » [En ligne], CNRTL, 2012, [Cité le 09 décembre 2021], Disponible sur : <https://www.cnrtl.fr/definition/suicidaire>



59. Manzanera C. *et al.*, Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire : organisation, moyens, psychopathologies et réponses thérapeutiques, *Annales Médico Psychologiques* 162, *Elsevier*, 2004, p. 686-99
60. Eck M. *et al.*, La psychiatrie en milieu pénitentiaire : Un guide pratique à destination des internes, 2<sup>ème</sup> édition, *Association Enseignement Sémiologie Psychiatrique*, 2020
61. American Psychiatric Association, Intermittent Explosif Disorder, Dans *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.), 2013
62. Ey H., Urgences psychiatriques en pratique extra-hospitalière, Dans Ey H., *Manuel de Psychiatrie*, 6<sup>e</sup> édition, *Elsevier Masson*, 1989, p.965-975.
63. Lôo H., *et al.*, Raptus, Dans Porot A., *Manuel alphabétique de Psychiatrie*, 7<sup>e</sup> édition, *Presses universitaires de France*, 1996, p.592
64. Ey H., Les troubles graves du caractère, Dans Ey H., *Manuel de Psychiatrie*, 6<sup>e</sup> édition, *Elsevier Masson*, 1989, p. 430-445
65. Amad A., *et al.*, Trouble schizophrénique de l'adolescent et de l'adulte, Dans Amad A., *et al.*, *Référentiel de Psychiatrie et Addictologie*, 2<sup>e</sup> édition révisée, *L'officiel ECNi*, Presses Universitaires François-Rabelais, 2016, p. 159-78
66. Sutter J., Psychoses délirantes aiguës, Dans Porot A., *Manuel alphabétique de psychiatrie*, *Presses universitaires de France*, 7<sup>e</sup> édition, 1996, p.568-70
67. Amad A., *et al.*, Addictologie, Dans Amad A., *et al.*, *Référentiel de Psychiatrie et Addictologie*, 2<sup>e</sup> édition révisée, *L'officiel ECNi*, Presses Universitaires François-Rabelais, 2016, p. 388-494
68. Favre C., L'agir, Dans Thèse : Les émotions dans les agirs violents : approche psychanalytique, *Psychologie*, *Université René Descartes – Paris V*, 2014, p.60-74
69. Villemonteix T, *et al.*, Le trouble déficit de l'attention/hyperactivité, Chapitre 9, Dans *Psychopathologie cognitive*, 2018, p. 255-77
70. Baggio *et al.*, Prevalence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Detention Settings : A Systematic review and meta-analysis, *Frontiers in Psychiatry*, [En Ligne], 2018, [cité le 24

février 2022], Disponible sur :  
<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2018.00331/full>

- 71.** Young, S., *et al.*, A meta-analysis of the prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in incarcerated population, *Psychological Medicine*, 2015, 45(02), 247-258
- 72.** Article L3212-1 du Code de Santé Publique, Modifié par Ordonnance n° 2020-232 du 11 mars 2020 - art. 23, JORF n°0061 du 12 mars 2020, version en vigueur au 1<sup>er</sup> juin 2022
- 73.** Maestracci N. (dir) *et al.*, Audition publique : Prise en charge de la psychopathie, Recommandations de la commission d'audition, Haute Autorité de Santé, *Ministère de la Santé et des Solidarités*, 2006

## Partie 2

- 74.** Le Stum C., « Droit pénitentiaire : avalanche de décret » [En ligne], Actualité du Droit, 2020, [Cité le 12 janvier 2022], Disponible sur :  
<https://www.actualitesdudroit.fr/browse/penal/peines-et-droit-penitentiaire/25380/droit-penitentiaire-avalanche-de-decrets>
- 75.** Le Sénat, « Multiplication des agressions subies par le personnels pénitentiaires, 15<sup>e</sup> législature » [En ligne], Sénat, 2019, [Cité le 12 janvier 2022], Disponible sur :  
<https://www.senat.fr/questions/base/2018/qSEQ180102856.html>
- 76.** Règle 76, Ensemble des règles minima des Nations Unies pour le traitement des détenus (Règles Nelson Mandela), *Organisation des Nations-Unis (ONU)*, 2015
- 77.** Arrêté du 26 octobre 2018 portant organisation de la formation statutaire des surveillants relevant du corps d'encadrement et d'application du personnel de surveillance de l'administration pénitentiaire, JORF n°0259 du 9 novembre 2018
- 78.** Article D90 du Code de Procédure Pénale, version en vigueur au 12 janvier 2022, modifié par Décret n°2021-362 du 31 mars 2021, JORF n°0078 du 1 avril 2021

- 79.** Article R240-3 du Code Pénitentiaire, Création Décret n°2022-479 du 30 mars 2022, relatif au traitement des données à caractère personnel, JORF du 5 avril 2022
- 80.** Article R240-1 du Code Pénitentiaire, Décret n°2022-479, relatif au traitement des données à caractère personnel, JORF du 5 avril 2022
- 81.** Article R240-5 du Code Pénitentiaire, Création Décret n°2022-479 du 30 mars 2022, relatif au traitement des données à caractère personnel, JORF du 5 avril 2022
- 82.** Circulaire n°2015-112, Section Ethique et Déontologie, Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2015
- 83.** Deseur A., *et al.*, Secret en médecine pénitentiaire, Lettre du conseil National de l'Ordre des Médecins adressée au président de l'Association des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire, Dans Mémoire sur l'échange/partage d'information entre personnels de santé et personnels pénitentiaires [En Ligne], ASPMP, APSEP, 2019 [Cité le 13 janvier 2022], Disponible sur :  
[https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKewiU4\\_yHzq71AhX5A2MBHUJgC1QQFnoECAMQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.asmpmp.fr%2Fapp%2Fdownload%2F33911250%2FMe%25CC%2581moire%2BPartage%2Bd%2527informations.pdf&usq=AOvVaw0LYPgzxBSfzFbv\\_u-wCTnj](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKewiU4_yHzq71AhX5A2MBHUJgC1QQFnoECAMQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.asmpmp.fr%2Fapp%2Fdownload%2F33911250%2FMe%25CC%2581moire%2BPartage%2Bd%2527informations.pdf&usq=AOvVaw0LYPgzxBSfzFbv_u-wCTnj)
- 84.** Article annexe à l'Article R57-6-18 du Code de Procédure Pénale, Chapitre V à VII, version en vigueur au 17 janvier 2022, Modifié par décret n°2017-750 du 3 mai 2017, JORF n°0106 du 5 mai 2017
- 85.** Article annexe à l'Article R57-6-18 du Code de Procédure Pénale, Chapitre I, version en vigueur au 17 janvier 2022, Modifié par décret n°2017-750 du 3 mai 2017, JORF n°0106 du 5 mai 2017
- 86.** Article R12-7 du Code Pénitentiaire, Création Décret n°2022-479 du 30 mars 2022, relatif à la déontologie, JORF du 5 avril 2022
- 87.** Article R234-12 du Code Pénitentiaire, Création Décret n°2022-479 du 30 mars 2022, relatif aux poursuites disciplinaires, JORF du 5 avril 2022

- 88.** Alinéa 2.4.1, Circulaire du 9 juin 2011 relative au régime disciplinaire des personnes détenues majeures, Bulletin officiel du Ministère de la Justice et des Libertés, 2011
- 89.** Article R234-13 du Code Pénitentiaire, Création Décret n°2022-479 du 30 mars 2022, relatif aux poursuites disciplinaires, JORF du 5 avril 2022
- 90.** Alinéa 2.4.4, Circulaire du 9 juin 2011 relative au régime disciplinaire des personnes détenues majeures, Bulletin officiel du Ministère de la Justice et des Libertés, 2011
- 91.** Articles R232-1 à R232-6 du Code Pénitentiaire, Création Décret n°2022-479 du 30 mars 2022 relatif aux fautes disciplinaires, JORF du 5 avril 2022
- 92.** Articles R235-6 à R235-12 du Code Pénitentiaire, Création Décret n°2022-479 du 30 mars 2022, relatif à la mise en cellule disciplinaire, JORF du 5 avril 2022
- 93.** Observatoire International des Prisons, section française, « Mesures disciplinaires » [En ligne], [Cité le 10 février 2022], Disponible sur : <https://oip.org/decrypter/thematiques/au-nom-de-la-securite/mesures-disciplinaires/>
- 94.** Articles R224-1 à R224-12 du Code Pénitentiaire, Création Décret n°2022-479 du 30 mars 2022, relatif à la prise en charge en unités pour personnes détenues violentes, JORF du 5 avril 2022
- 95.** Sous direction des missions, Les Unités pour Détenus Violents (UDV), Réunion des chefs de départements « sécurité et détention », *Ministère de la Justice*, 2018
- 96.** Sous direction des missions, Les Unités pour Détenus Violents (UDV), Réunion des chefs de départements « sécurité et détention », *Ministère de la Justice*, 2018
- 97.** Daccache M., et al., Les violences carcérales : pour une approche systémique, Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques, *Ministère de la Justice Direction de l'administration*, n°44, 2018

### Partie 3

- 98.** Article D115-6 du Code Pénitentiaire, Création Décret n°2022-479 du 30 mars 2022, relatif à la prise en charge en unités pour personnes détenues violentes, JORF du 5 avril 2022

- 99.** Etablissement Public de Santé Alsace Nord, Pôle de psychiatrie en milieu pénitentiaire 67P16, [En ligne], [Cité le 1<sup>er</sup> juin 2022], Disponible sur : <http://www.ch-epsan.fr/epsan/67p16.html>
- 100.** Coldefy M., La prise en charge de la santé mentale des détenus en 2003, Etudes et résultats, *Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques*, 2005, n°427
- 101.** Centre national de Ressources Textuelles et Lexicales, « Stigmatisation » [En ligne], CNRTL ; 2012 [cité le 1<sup>er</sup> juin 2022]. Disponible sur : <https://www.cnrtl.fr/definition/stigmatisation>
- 102.** Centre national de Ressources Textuelles et Lexicales, « Discrimination » [En ligne], CNRTL ; 2012 [cité le 1<sup>er</sup> juin 2022]. Disponible sur : <https://www.cnrtl.fr/definition/discrimination>
- 103.** Clement S. *et al.*, Mass media interventions for reducing mental health-related stigma, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011, Issue 12
- 104.** Pescosolido B., *et al.*, The « Backbone » of Stigma : Identifying the Global Core of public prejudice associated with mental illness », *American journal of public health*, 2013, Vol 103, No. 5
- 105.** L'influence des biais cognitifs sur l'anxiété chez des adultes non cliniques, Pennequi V. *et al*, *Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique*, volume 175, issue 2, 2017, p 103-7
- 106.** Corrigan P., How stigma interferes with mental health care, *American psychologist*, 2004, Vol. 59, No.7, 614-25
- 107.** Ipsos, Enquête pour la fondation FondaMental et Klesia [En ligne], 2014, [Cité le 26 mai 2022], Disponible sur : [https://www.fondation-fondamental.org/sites/default/files/rapport\\_ipsos\\_fondamental\\_1.pdf](https://www.fondation-fondamental.org/sites/default/files/rapport_ipsos_fondamental_1.pdf)
- 108.** Vanderstukken O., *et al.*, Professionnels de la psychiatrie et de la pénitentiaire, le poids des représentations sociales : penser une articulation sans collusion ni clivage, *L'information psychiatrique*, 2015, Vol. 91, 676-86

- 109.** Article R4127-5, Décret 2004-802 2004-07-29, Modifiant certaines dispositions du code de santé publique, JORF n°183 du 8 août 2004, version en vigueur au 1<sup>er</sup> mai 2022
- 110.** Conseil National de l'Ordre des médecins, Article 4 du code de déontologie médical [En ligne] [Cité le 26 mai 2022], Disponible sur : [https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-generaux-medecins-art-2-31/article-4-secret-professionnel#:~:text=4127%2D4%20du%20code%20de%20la%20sant%C3%A9%20publique.,\(voir%20note%20%5B6%5D\)](https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-generaux-medecins-art-2-31/article-4-secret-professionnel#:~:text=4127%2D4%20du%20code%20de%20la%20sant%C3%A9%20publique.,(voir%20note%20%5B6%5D)).
- 111.** Article L1110-4 du Code de Santé Publique, Modifié par Loi n°2021-1017 du 2 août 2021, version en vigueur au 1<sup>er</sup> mai 2022
- 112.** Ministère de la Justice et Ministère des Solidarités et de la Santé, Prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice, guide méthodologique, 2017, p.47-127
- 113.** Article D115-9 du Code Pénitentiaire, Création Décret n°2022-479 du 30 mars 2022, relatif aux unités sanitaires, JORF du 5 avril 2022
- 114.** Article L322-3 du Code Pénitentiaire, Création Décret n°2022-479 du 30 mars 2022, relatif à l'accès aux soins, JORF du 5 avril 2022
- 115.** Article L6141-5 du Code de Santé Publique, modifié par Loi n°2008-174 du 25 février 2008, article 8, JORF n°0047 du 25 février 2010
- 116.** Article L322-1 du Code Pénitentiaire, Création Décret n°2022-479 du 30 mars 2022, relatif à l'accès aux soins, JORF du 5 avril 2022
- 117.** Article L3214-1 du Code de Santé Publique, Modifié par Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016, JORF n°0022 du 27 janvier 2016, version en vigueur au 30 mai 2022
- 118.** Dubret G., Peut-on soigner et/ou punir et dans quel cadre ?, *L'information psychiatrique*, 2013, Vol. 89, p 705-712
- 119.** Liaras B., *et al.*, Le poids du stigmate [En ligne], *Observatoire international des prisons*, 2014 [cité le 02 juin 2022], Disponible sur : <https://oip.org/analyse/le-poids-du->



## DÉCLARATION 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 : JACOB-VESTUNG Prénom : Majken-Abheid

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 :

à Strasbourg, le 18/10/2022

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