

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER

FACULTÉS DE MÉDECINE

ANNÉE 2020

2020 TOU3 1649

THÈSE

POUR LE DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE

Présentée et soutenue publiquement par

Gabrielle GACH

Le 16 octobre 2020

TITRE DE LA THÈSE

Patients hospitalisés en psychiatrie à leur sortie de prison :

Étude qualitative du vécu des soignants

Directeur de thèse : Dr Raphaël CARRÉ

JURY

Monsieur le Professeur Christophe ARBUS	Président
Monsieur le Professeur Jean-Philippe RAYNAUD	Assesseur
Monsieur le Professeur Philippe BIRMES	Assesseur
Madame la Docteure Anne-Hélène MONCANY	Assesseure
Monsieur le Docteur Raphaël CARRÉ	Suppléant



TABLEAU du PERSONNEL HOSPITALO-UNIVERSITAIRE
des Facultés de Médecine de l'Université Toulouse III - Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2019

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ALBAREDE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LARENG Louis
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BONAFE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. TKACZUK Jean
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques

Professeurs Émérites

Professeur ADER Jean-Louis	Professeur JOFFRE Francis
Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur ARBUS Louis	Professeur LARENG Louis
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur LAURENT Guy
Professeur BOCCALON Henri	Professeur LAZORTHES Yves
Professeur BONEU Bernard	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur CARATERO Claude	Professeur MANELFE Claude
Professeur CHAMONTIN Bernard	Professeur MASSIP Patrice
Professeur CHAP Hugues	Professeur MAZIERES Bernard
Professeur CONTE Jean	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur COSTAGLIOLA Michel	Professeur RISCHMANN Pascal
Professeur DABERNAT Henri	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur SALVAYRE Robert
Professeur DELISLE Marie-Bernadette	Professeur SARRAMON Jean-Pierre
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur SIMON Jacques

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31000 TOULOUSE

P.U. - P.H.

Doyen : Didier CARRIE

P.U. - P.H.

2^{ème} classe

Classe Exceptionnelle et 1^{ère} classe

M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E.)	Hématologie, transfusion
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVILLE Paul (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-Entéro
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'urgence
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAUDAUD Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno (C.E)	Maladies Infectieuses
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PAUL Carle	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre	Biophysique
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-Entérologie
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. RECHER Christian (C.E)	Hématologie
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-Entérologie

Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie Cellulaire et Cytologie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
Mme TREMOLLIERS Florence	Biologie du développement
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

P.U. Médecine générale

M. MESTHÉ Pierre
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)

Professeur Associé Médecine générale

M. ABITTEBOUL Yves
M. POUTRAIN Jean-Christophe

Professeur Associé en Neurologie

Mme PAVY-LE TRAON Anne

Professeur Associé en Bactériologie - Virologie ; Hygiène Hospitalière

Mme MALAUDAUD Sandra

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1^{ère} classe

Doyen : Elie SERRANO

P.U. - P.H.

2^{ème} classe

M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie, Eco. de la Santé et Prév.
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. HUYGHE Eric	Urologie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. OTAL Philippe	Radiologie
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
Mme FARUCH-BILFELD Marie	Radiologie et Imagerie Médicale
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STOWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

P.U. Médecine générale

Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

Professeur Associé de Médecine Générale

M. BOYER Pierre

M. STILLMUNKES André

M.C.U. - P.H.

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme BELLIERE-FABRE Julie	Néphrologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme PERROT Aurore	Hématologie ; Transfusion
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.U. - P.H

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie; Hygiène Hospit.
Mme GALLINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie ; Addictologie
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et Médecine Nucléaire
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie d'Adultes ; Addictologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
Mme ESCOURROU Brigitte

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr CHICOULAA Bruno
Dr FREYENS Anne
Dr PUECH Marielle

Dr BIREBENT Jordan
Dr BOURGEOIS Odile
Dr LATROUS Leïla
Dr. BOUSSIER Nathalie

Remerciements

Aux membres du jury

À Monsieur le Professeur Christophe ARBUS

Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Vous m'avez guidée à différentes étapes de l'internat et j'ai eu la chance de bénéficier de la qualité de votre enseignement, je vous en suis reconnaissante et vous remercie pour votre assistance tout au long de mes études.

Je tiens à vous présenter ma gratitude et mon respect.

À Monsieur le Professeur Jean-Philippe RAYNAUD

Je vous suis reconnaissante de votre bienveillance et de votre enseignement. J'ai eu l'occasion de constater votre implication dans l'accompagnement et la formation des internes au cours de mon stage sur le CMP Ancely et la liaison périnatale de Joseph Ducuing. Je vous remercie de votre présence et de l'intérêt que vous portez à cette thèse.

Je tiens à vous présenter ma gratitude et mon respect.

À Monsieur le Professeur Philippe BIRMES

Je vous suis reconnaissante d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Je vous remercie pour votre investissement ainsi que pour votre disponibilité au cours de mon stage sur l'UF1. Je vous remercie de votre présence et de l'intérêt que vous portez à cette thèse.

Je tiens à vous présenter ma gratitude et mon respect.

À Madame la Docteure Anne-Hélène MONCANY

Je te suis reconnaissante de la confiance et de la bienveillance que tu m'as accordées dans le cadre de ce travail. Tu as contribué à ma formation par tes cours magistraux de qualité et ton compagnonnage au cours de mon stage sur l'UHSA. J'ai apprécié ta disponibilité, ton aide dans l'élaboration de ce travail et ton acceptation de faire partie de ce jury. C'est avec grand plaisir que je continuerai à travailler à tes côtés pour une pratique plus humaine de notre profession.

Je tiens à te présenter ma reconnaissance et mon respect.

À Monsieur le Docteur Raphaël CARRÉ

Tu m'as fait le plaisir et l'honneur de superviser ce travail de thèse. Je te suis reconnaissante pour tes conseils avisés et ton implication qui font que ce travail a pu aboutir. Ta disponibilité m'a été d'un recours précieux dans le travail d'analyse et de rédaction. C'est avec grand plaisir que je continuerai à travailler avec toi auprès des personnes incarcérées.

Je tiens à te présenter mon respect et ma profonde gratitude.

Aux soignants qui ont participé à ma formation

À l'équipe du pavillon sud de l'hôpital d'Auch, pour m'avoir accompagnée durant mes premiers pas d'interne en psychiatrie.

À celle des « chemins de la Lande » de l'hôpital de Lannemezan, pour m'avoir fait découvrir l'addictologie et cette belle région des Pyrénées.

À celles du service hospitalier et du CATTP pour adolescents de l'hôpital de Lavar, pour votre accueil et votre accompagnement dans ma découverte de la psychiatrie de l'adolescent.

À celle de l'UF1 du CHU de Toulouse, pour la rigueur dans le travail et le respect des droits du patient que j'ai pu y acquérir.

À celles de la liaison de l'hôpital Joseph Ducuing et du CMP Ancely, pour cette expérience enrichissante en psychiatrie périnatale et en pédopsychiatrie, ainsi que pour l'autonomie que j'ai pu y développer.

À celles de l'hôpital de jour et du SAMSAH « Route Nouvelle », pour votre dynamisme et le partage de votre savoir-faire en réhabilitation psycho-sociale.

Un remerciement tout particulier aux équipes du SMPR de Seysses et de l'UHSA de Toulouse, pour m'avoir fait découvrir l'univers passionnant de la psychiatrie pénitentiaire ; vous m'avez confortée dans l'idée que la psychiatrie est une spécialité profondément humaine où la dignité du patient a toute sa place. J'ai hâte de pouvoir retravailler à vos côtés.

À chaque volontaire rencontré dans le cadre de ce travail de thèse et sans qui rien n'aurait pu être possible.

À mes proches

À mes parents Béatrice et Thierry, pour votre amour et votre aide sans faille qui m'ont permis d'être l'adulte que je suis aujourd'hui. Vous êtes une véritable source d'inspiration pour moi.

À mes frères Pierre, Raphaël et Alexandre, pour votre bienveillance et votre joie de vivre qui me portent depuis que nous sommes petits.

À mes grands-parents Danielle, Suzette, Bruno et Alain, pour votre présence et votre générosité, votre soutien jusque dans la rédaction de cette thèse m'a été précieux.

À mes arrière-grands-parents Rose, Marie et Lucien.

À mes cousines Clémence, Alice, Eléonore, Elise, Jeanne, Joséphine, Eve et mon cousin Antoine, pour votre dynamisme et votre humour ; mes souvenirs d'enfant puis d'adulte avec vous sont impérissables.

À toute la famille, Agnès, Philippe, Anne-Marie, Stéphane, Carole, Bruno, Renée, Gérard, Ginette, Annick, Christophe et Nadéra pour tous les bons moments que nous avons passés ensemble.

À Dominique, Alain, Maxime et Perrine, pour votre gentillesse et votre disponibilité ; je suis heureuse de vous avoir comme belle-famille.

À mes amies d'enfance Amélie, Charlotte et Flora, malgré la distance vous continuez de m'accompagner au fil des ans et je chérie chaque moment passé avec vous.

À mes amis bordelais Camille et François, vous avez fait de mon lycée puis de mon externat en médecine des périodes heureuses et riches en fous rires ; à Claire-Lise également et à nos prochaines réunions en terres bordelaises.

À mon amie Lauren, j'ai découvert l'Irlande avec toi et j'espère que notre amitié continuera de s'épanouir malgré la distance.

À mes amis toulousains Garance, Mathilde, Ali, Jean, Laurène, Julien, Maximilien et Jordan avec qui j'ai construit une nouvelle vie à Toulouse et découvert la profession de psychiatre ; de nos échanges les plus sérieux à nos rires les plus insensés, j'apprends chaque jour un peu plus à vos côtés.

À mes colocataires d'Auch et à ceux de Lannemezan, à tous mes co-internes de Toulouse ; vous avez fait de mon internat de psychiatrie une période pleine de belles rencontres et de découvertes. J'espère continuer à vous côtoyer le plus longtemps possible.

À Florentin.

À toi Thomas, pour ton amour et ton soutien inconditionnels ; je mesure chaque jour un peu plus le bonheur qu'est de vivre à tes côtés. À nous et à nos projets futurs.

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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

Table des matières

Introduction.....	14
Matériel et Méthode.....	18
1. Principes de la méthodologie qualitative.....	18
2. Choix de la méthodologie qualitative.....	18
3. Lieu et population de l'étude.....	19
4. Réalisation d'entretiens semi-dirigés.....	19
Résultats.....	21
1. Population d'étude.....	21
2. Résultats de l'analyse thématique des entretiens.....	21
2.1 Représentations des soignants à propos des patients.....	21
2.1.1 Conflit dans la perception des patients.....	21
2.1.2 Conscience et tentative de résolution du conflit par les soignants.....	25
2.2 Vécu des soignants de la prise en charge des patients.....	27
2.2.1 Mauvaise orientation des patients sur les services d'admission.....	27
2.2.2 Mauvaise préparation des patients à leur hospitalisation.....	28
2.2.3 Difficultés dans le déroulé de l'hospitalisation.....	29
2.2.4 Difficultés dans l'établissement de l'alliance thérapeutique.....	31
2.3 Rapport des soignants au motif d'incarcération des patients.....	33
2.3.1 Impact du motif d'incarcération sur les soignants fonction de sa gravité	33
2.3.2 Positionnement variable des soignants dans la connaissance du motif d'incarcération.....	35
2.4 Rapport des soignants au soin psychiatrique en milieu carcéral.....	37
2.4.1 Connaissances limitées sur le soin psychiatrique en milieu carcéral.....	37
2.4.2 Manque de liens avec le soin psychiatrique en milieu carcéral.....	38
2.5 Pistes pour l'amélioration de la prise en charge des patients.....	39

2.5.1	Travail autour des contre-attitudes soignantes	39
2.5.2	Travail autour des liens entre les soins en milieu carcéral et en milieu libre	40
2.5.3	Travail autour de la réinsertion sociale des patients	41
	Discussion	42
1.	Discussion des principaux résultats	42
1.1	Soignants face à un conflit dans leur perception des patients.....	42
1.2	Défiance réciproque entravant la relation soignant-soigné.....	43
1.3	Rôle aidant de l'expérience professionnelle et de la connaissance ou non du motif d'incarcération	44
1.4	Moyens de lutte contre les représentations négatives.....	44
1.5	Pistes d'amélioration du soin.....	46
2.	Forces et faiblesses de l'étude.....	47
	Conclusion.....	49
	Bibliographie.....	50
	Annexes.....	54
	Résumé	57
	Abstract	58

Introduction

Depuis la fin du XXème siècle, dans plusieurs pays occidentaux le nombre de détenus hospitalisés en psychiatrie est croissant (1). Déjà il y a plus d'un siècle, des aliénistes français attiraient l'attention sur les malades mentaux ayant commis des actes criminels, estimant ceux-ci trop négligés par la médecine et la psychiatrie (2). Ils s'intéressaient également aux personnes ayant commis des actes criminels qui, sans être des malades mentaux reconnus au moment des faits et donc considérés comme responsables, n'en présentaient pas moins des troubles psychiques préoccupants, en particulier dans le cadre de la prison qui réactive les psychopathologies préexistantes. Cette modification du regard, après des siècles de mises à l'écart des malades mentaux de la société dans des léproseries, sur des bateaux ou encore dans des hospices (3), a comme conséquence l'opposition encore très actuelle entre malade mental irresponsable relevant de soins psychiatriques, et criminel responsable donc puni.

Alors que crime et folie sont régulièrement confondus tout comme sanctions et soins, la psychiatrie est souvent jugée responsable de cette accumulation des malades mentaux dans les prisons et il lui est de ce fait demandé de prendre en charge la violence et la délinquance (4). Un article anglais paru en 2005 fait part du rôle sans cesse plus étendu des infirmiers psychiatriques, notamment dans le domaine carcéral ; ces derniers travaillant à présent dans des services de soins pénitentiaires, auprès d'individus ayant de sévères troubles de la personnalité (5). En France, depuis 1994 chaque établissement pénitentiaire a établi avec l'hôpital un protocole fixant les modalités des interventions hospitalières dans le domaine de la médecine générale et des spécialités comme la psychiatrie. La prise en charge psychiatrique, qu'il s'agisse du « dépistage » d'éventuels troubles mentaux chez les détenus entrants, comme des soins apportés à ceux-ci, est donc assurée dans la plupart des cas par une équipe du secteur de psychiatrie générale ou encore par le SMPR si l'établissement pénitentiaire accueille une telle structure (2).

Certaines études montrent l'existence de préjugés concernant ces individus et les conséquences pour eux sont nombreuses.

Tout d'abord sur leur intégration au sein de la société ; la stigmatisation sociale joue un rôle dans l'émergence et la perpétuation de la marginalisation extrême qui concerne principalement les individus souffrant de troubles mentaux, de troubles addictifs ou ayant un passé criminel (6) (7). De la même façon, les antécédents psychiatriques et criminels constituent un frein à l'embauche(8) ; ainsi les personnes avec ces antécédents sont plus stigmatisées par les employeurs, d'où le nombre important de personnes sans emploi parmi elles (9).

Tout comme l'incarcération est pourvoyeuse de troubles de l'humeur associés à une incapacité à la sortie de prison (10), la stigmatisation du fait d'antécédents criminels impacte négativement la santé mentale des individus sortant de prison (11) (12).

Leur accès aux soins est lui aussi entravé ; une étude comparative américaine menée en 2004 retrouve chez les individus souffrant de troubles mentaux, dont des addictions, et sortant de prison des difficultés plus marquées dans l'accès aux structures sociales et de soins, comme par exemple l'accès à des cures de sevrage ou à des logements sociaux. Le système de santé psychiatrique peinerait à leur proposer des soins adaptés les mettant de ce fait à la marge (13). Déjà en 1991, une autre étude comparative américaine pointait du doigt le fait que de nombreuses structures sociales et sanitaires étaient rendues difficiles d'accès pour les individus avec des pathologies mentales et sortant de prison, du fait précisément de leurs antécédents (14). Elle émettait également l'hypothèse que le manque de connaissances et d'expérience dans leur prise en charge étaient à l'origine de cette difficulté d'accès.

Il semble donc exister un écart important entre les besoins des personnes atteintes de maladies mentales avec des antécédents criminels et les soins qui leur sont apportés, du fait notamment de la nécessité d'être proactif dans la demande de soins, d'une procédure d'obtention de ces soins complexe en prison, et d'un manque de suivi à la sortie d'incarcération (15).

Ainsi, la transition entre prison et milieu libre semble être une période pourvoyeuse de stress pour ces individus.

Dans une étude qualitative américaine menée en 2013, les détenus souffrant de troubles psychiques rapportent de nombreuses difficultés à surmonter une fois libérés : l'absence de lien fait avec les services extérieurs, l'absence de domicile fixe et les difficultés qui s'en suivent pour maintenir un suivi médical, leur propre réticence ou bien apathie compliquant leur engagement et possibilité de bénéficier des aides proposées (16).

Les soignants rencontrent également des difficultés du fait d'un manque de formation, que ce soit au niveau de la prise en charge de ce type de patients (1) comme au niveau des connaissances sur le milieu carcéral, menant parfois jusqu'au refus de patients avec un passé criminel dans certaines structures de soins (15).

Jean-Louis Senon, dans un article publié en 2004, fait part des difficultés d'application de l'article D-398 du code de procédure pénale permettant de donner des soins à un détenu malade mental (2). Selon lui, ces difficultés tiennent en partie à la méfiance des équipes hospitalières mais aussi aux impossibilités d'accueil de ces patients dans les services de psychiatrie fonctionnant en grande part sur le modèle de l'hospitalisation libre. Les soignants en santé mentale peuvent craindre les détenus souffrant de troubles psychiques et leur délivrer des soins minimum, ces attitudes se poursuivant parfois au-delà de la période d'incarcération (15) (16).

Cette crainte de la part des soignants en psychiatrie va de pair avec des attitudes stigmatisantes ; même si certains patients avec un passé criminel parviennent à accéder à des services de soins, ils font malgré tout face à ces attitudes stigmatisantes qui affectent leur relation avec les professionnels de santé (7). Ces derniers peuvent se montrer jugeant envers ce type de patients, faisant plus facilement le rapprochement entre eux et les abus de substance, la violence ou encore la sociopathie ; ils vont aussi aisément considérer ces patients comme contraints dans leur demande de soins et donc moins motivés et à en recevoir (16).

Ainsi, face à des professionnels de santé mentale en manque de formation, pouvant émettre des craintes et montrer des contre-attitudes, les individus souffrant de troubles psychiques et avec un passé carcéral sont à risque de recevoir des soins dégradés, renforçant leur marginalisation, leur contact avec la criminalité et par conséquent les contre-attitudes les concernant.

Un véritable cercle vicieux se met en place, entre une société et son système de soins psychiatriques qui redoutent et délaissent une partie de sa population, accentuant ainsi les facteurs de marginalisation de cette même population.

De quoi sont faites ces craintes et ces contre-attitudes de la part des soignants ? Plus généralement, que pensent-ils des patients psychiatriques avec un passé carcéral ?

L'objectif de ce travail est de préciser les représentations qu'ont les professionnels de santé mentale sur ces patients hospitalisés dans leur service. À plus long terme, il s'agit de mieux appréhender ces représentations et d'améliorer les soins psychiatriques apportés à ces patients pour limiter leur marginalisation, leur contact avec la criminalité et ainsi rompre le cercle vicieux.

Pour répondre à cet objectif, une analyse qualitative du discours de soignants en psychiatrie à propos de patients hospitalisés dans leur service à leur sortie de prison va être menée.

Matériel et Méthode

1. Principes de la méthodologie qualitative

La méthode qualitative aide à comprendre les pratiques sociales et leurs enjeux (17) (18). Elle permet d'étudier le sens que donnent les enquêtés à un phénomène. Elle contribue à analyser les facteurs facilitant ou limitant la mise en œuvre d'une intervention.

L'utilisation d'entretiens semi-directifs permet de comprendre les mécanismes, les conceptions, les représentations. Ces entretiens sont utiles pour analyser le sens que les enquêtés donnent à leur pratique, aux événements dont ils ont pu être les témoins, pour mettre en évidence les systèmes de valeurs et les normes à partir desquelles ils s'orientent et se déterminent. C'est la traduction personnelle des faits sociaux qui est interrogée et elle fait appel à la subjectivité.

Une série thématique et une série de questions pour diriger l'entretien via un guide d'entretien semi-directif sont déterminées au préalable.

Concernant l'inclusion des enquêtés, une hétérogénéité est recherchée plus qu'une représentativité.

Les résultats sont codés par thèmes puis conceptualisés (19).

2. Choix de la méthodologie qualitative

Face à la situation critique des personnes souffrant de troubles psychiques avec un passé carcéral et aux difficultés rencontrées par les soignants en psychiatrie dans leur prise en charge, l'objectif de ce travail a été de comprendre comment ces soignants vivent l'hospitalisation dans le service de ce type de patients à leur sortie de prison.

La méthodologie qualitative a été la méthode retenue car elle a pour objectif de comprendre les représentations qu'ont les soignants vis-à-vis de ces patients, ainsi que les facteurs facilitant et limitant leur prise en charge au cours de l'hospitalisation.

3. Lieu et population de l'étude

L'étude s'est déroulée à partir d'un échantillon raisonné de professionnels volontaires, intervenant auprès de patients hospitalisés en psychiatrie à leur sortie de prison, sur le secteur psychiatrique toulousain (hôpital de psychiatrie du CHU de Toulouse, centre hospitalier Gérard Marchant), de Lavar et de Lannemezan en 2020.

La méthode d'accès aux interrogés a été soit directe, soit indirecte ou en « boule de neige », c'est-à-dire par mise en relation de professionnels.

À Toulouse l'annonce du projet a été faite par courriel aux psychiatres chefs de service et aux cadres de santé, suivie d'une relance par courriel. À Lavar et à Lannemezan le projet a été également annoncé par courriel, avec un nombre maximal de trois relances. À Lannemezan plusieurs contacts téléphoniques avec la cadre supérieure de santé ont permis de convenir d'une rencontre sur place avec les professionnels volontaires.

Après accord des médecins chefs de service et des cadres de santé pour participer au projet, un courriel a été relayé à l'ensemble des professionnels intervenant dans la prise en charge psychiatrique des patients du service. Les personnes volontaires ont alors été directement mises en contact avec l'enquêteur.

Les données ont été recueillies soit dans des lieux de soins (services d'admission en psychiatrie), soit dans des lieux privés (au domicile du professionnel). Les lieux de rencontre ont été choisis en tenant compte de la disponibilité des personnes volontaires.

4. Réalisation d'entretiens semi-dirigés

Un guide d'entretien a été créé, identifiant les thèmes pertinents, à partir des données de la littérature et des réflexions de l'enquêteur. Des thèmes supplémentaires ont pu être abordés au fur et à mesure des entretiens. Le guide d'entretien est disponible en annexe.

L'exploitation des résultats a reposé sur une analyse thématique du contenu des entretiens ; elle s'est intéressée aux représentations des soignants sur les patients hospitalisés en psychiatrie à leur sortie de prison, leur vécu de la prise en charge, leur rapport au motif d'incarcération, leurs liens avec les lieux de soins en milieu pénitentiaire et d'éventuelles pistes d'amélioration de la prise en charge de ces patients.

Les entretiens semi-dirigés individuels ont été réalisés auprès de soignants volontaires, entre janvier et mars 2020, en face à face, conservés via un matériel d'enregistrement audio avec l'accord du participant. Il n'y a pas eu de non participant à l'étude assistant à l'entretien.

Les entretiens ont été intégralement retranscrits, constituant le verbatim. L'anonymat des participants a été respecté et un numéro leur a été attribué. Un seul opérateur a réalisé les entretiens et analysé les données.

En parallèle, des informations quantitatives ont été recueillies concernant les participants : sexe, âge, profession, date du début d'exercice, service actuel, date d'arrivée dans le service, et services antérieurs où ils ont pris en charge des patients hospitalisés en psychiatrie à leur sortie de prison.

Un retour aux participants a été prévu.

Résultats

1. Population d'étude

Huit entretiens (cinq femmes et trois hommes) ont été réalisés auprès de professionnels exerçant dans des services d'admission à l'hôpital de psychiatrie du CHU de Toulouse et au centre hospitalier Gérard Marchant ; du fait du contexte sanitaire de cette période, les rencontres avec d'autres professionnels volontaires, notamment à Lannemezan, n'ont pas été possibles.

Parmi ces professionnels, une interne en psychiatrie, un aide-soignant, une cadre de santé, une psychologue, une assistante sociale, deux infirmiers et un psychiatre ont été interrogés. Tous les entretiens ont pu être conservés grâce à un matériel d'enregistrement.

Les participants avaient tous déjà eu affaire dans leur service à des patients hospitalisés en psychiatrie à leur sortie de prison. L'âge moyen des interrogés était de 46 ans, le nombre d'années d'expérience en psychiatrie était en moyenne de 15 ans. Chaque entretien a duré de 47 à 70 minutes, la durée moyenne des entretiens était de 60 minutes.

2. Résultats de l'analyse thématique des entretiens

2.1 Représentations des soignants à propos des patients

2.1.1 Conflit dans la perception des patients

2.1.1.1 Patients perçus comme dangereux et abordés comme des criminels

Tous les soignants interrogés évoquent à un moment donné de l'entretien une image assez négative des patients hospitalisés en psychiatrie à leur sortie de prison.

Cette image peut être en lien avec la violence ou la menace que le patient inspire ;

« En fait ça me faisait peur très clairement qu'il puisse avoir une mauvaise réaction, qu'il puisse mal comprendre mes intentions, et qu'il puisse m'en vouloir de quelque chose et ensuite venir me taper » X1.

« Et moi je suis allé après pour le récupérer après la comparution directe, et le premier truc qu'il m'a dit c'est : « Toi si je te croise dans la rue je te mets une balle dans la tête » » X2.

Plusieurs soignants font également référence à un comportement manipulateur et un profil psychopathique chez ces patients ;

« Et puis bon parfois il y a des petits éléments psychopathiques qui sont là, donc quand on se sent un peu instrumentalisé ou manipulé on peut se mettre en opposition » X4.

« Parce qu'on m'avait proposé un poste à l'UHSA et j'ai pas voulu, j'ai pas accepté parce que psychopathes etc. Bon déjà rien que psychopathie pour moi c'est des gens violents, très stratégiques, manipulateurs etc » X7.

La notion de dangerosité revient chez trois soignants interrogés et un soignant rapporte la vision très pessimiste de ses collègues vis-à-vis de l'évolution des patients sortis de prison ;

« Après je pense qu'en effet il y a certains soignants qui cataloguent le patient qui arrive comme très dangereux et qui n'arrivent pas à se sortir de cette image-là » X3.

« Je vois aussi le comportement de certains collègues donc... « Toute façon c'est une levée d'échou, il changera pas » [...] « Il a tué sa femme, il en tuera d'autres » » X7.

Ainsi, les professionnels de santé peuvent parfois poser un regard stigmatisant sur les patients et les percevoir comme des criminels ;

« Je pense exclusivement à une infirmière qui est plus ou moins terrifiée par les patients qui ont été incarcérés, mais terrifiée, elle ne voit plus que le criminel quoi... Et donc elle n'arrive pas à voir le patient » X3.

L'histoire judiciaire du patient peut prendre une place importante dans l'esprit des soignants à tel point que lui et son comportement sont perçus à la lueur du motif d'incarcération ;

« Parce qu'il y a un patient qui me vient à l'esprit où l'acte était d'une telle violence que l'équipe elle était choquée avant même que le patient arrive. Donc après comment pouvoir accueillir une parole quand on est en état soi-même de sidération ? » X4.

Un soignant fait référence au statut pénal du patient qui vient également moduler le regard qu'il peut porter sur lui ; ainsi un patient reconnu irresponsable de ses actes par la justice est plus volontiers perçu comme malade que comme criminel :

« Je savais aussi quand même qu'elle avait été jugée irresponsable, alors peut-être qu'inconsciemment ça a pu peut-être jouer. Je me suis dit : « Du fait de son délire y a la responsabilité qui s'atténue », alors peut-être que c'était plus facile pour moi de la voir comme une patiente vraiment psychotique » X6.

Cinq volontaires interrogés sur huit reconnaissent ainsi que les patients peuvent être stigmatisés par les soignants du fait de leur passé carcéral :

« C'est une fantasmagorie derrière les personnes qui arrivent de prison, on imagine qu'il y a eu un meurtre, qu'il y a eu un viol, beaucoup de violence [...] Ca a été une fantasmagorie chez moi au départ, une représentation chez ces patients » X7.

« C'est surtout des choses très informelles ou des petits mots qui échappent pendant les transmissions [...] Des phénomènes individuels de soignants qui n'arrivent pas à être soignant mais qui restent sur sans doute l'acte qui a été commis mais pas sur la pathologie » X3.

L'un d'eux fait d'ailleurs le lien entre la stigmatisation dont peuvent faire preuve les soignants et celle issue de la société d'une manière générale, par exemple lors de la recherche de logement :

« Peut-être le fait juste qu'il soit en prison a fait qu'ils ont refusé sa candidature, et d'un autre côté je peux comprendre aussi qu'on ait des peurs liées à ça » X5.

2.1.1.2 Patients perçus comme sincères et abordés comme des malades

Dans le même temps, certains soignants peuvent avoir une image plus positive du patient sorti de prison ; la culpabilité de ce dernier vis-à-vis des actes qui lui sont reprochés peut en être à l'origine, comme une tentative de renversement de l'image plus négative qu'ils s'en font ;

« Et puis en plus éprouver, enfin en tout cas donner la sensation qu'elle éprouvait des remords, ça la rendait peut-être un peu plus humaine et puis plus proche de ce qu'on connaît... Donc un peu s'éloigner du monstre » X6.

Tout comme un sentiment d'authenticité de la part du patient dans la relation avec le soignant :

« C'était un patient qui était assez compliant, qui respectait les consignes, jamais il rechignait quand on le remettait en chambre [...] Voilà je sentais qu'il était authentique » X7.

Pour deux soignants cette image évolue positivement au gré du temps et avec l'expérience du soignant ;

« Donc au fur et à mesure ça se détendait et à la fin il était agréable en fait, et puis encore une fois vraiment il a toujours respecté le cadre » X1.

« Y a des années les patients étaient un peu plus stigmatisés [...] Mais avec les évolutions, les jeunes infirmiers j'ai pas trop ce sentiment » X8.

Le regard porté sur les patients peut ainsi être soignant, comme lorsque le professionnel de santé fait référence à leur maladie ou à leurs addictions ;

« Tu vois ce pauvre garçon tellement malade, qui transpire la schizophrénie, qui se voit pas, qui a peur de ses mains » X2.

« Donc avec une personnalité très addictive à la fois sur les drogues, sur le sexe et compagnie » X3.

Deux soignants se réfèrent aux antécédents de violence du patient en utilisant le terme de « passage à l'acte », remettant ces antécédents dans le contexte de la pathologie mentale ;

« J'aurai cette notion-là un peu de risque de passage à l'acte, mais qui devrait être en fait pour tous les patients. Mais je l'ai un peu plus pour un patient du coup ou maniaque, ou délirant, ou qui a des antécédents d'agressivité » X6.

« Quelqu'un qui est capable de faire un passage à l'acte grave il va falloir être très vigilant au niveau clinique parce qu'on se dit que si la situation se dégradait à nouveau, peut-être qu'il n'aurait pas les barrières qui font que les autres ne passent pas à l'acte aussi sévèrement » X8.

Six soignants sur huit ont également insisté sur le fait que la prise en charge de ces patients sortis de prison était somme tout classique, c'est-à-dire sans particularité comparée à celle de patients sans passé carcéral.

Le soignant X5 décrit la prise en charge comme *« quelconque »*, pendant que le soignant X3 ne voit pas ce qu'il pourrait *« dire de différent qu'un autre patient qui sort pas de prison »*. Pour le soignant X2 *« il n'y pas de discrimination entre les anciens détenus et les patients »*.

Le soignant X2 réaffirme également sa position soignante et non jugeante vis-à-vis des patients : *« Moi je suis pas juge, moi je suis un soignant d'une équipe qui est là pour les aider à retrouver l'équilibre »*.

2.1.2 Conscience et tentative de résolution du conflit par les soignants

Les soignants sont ainsi conscients du conflit qui existe dans leur perception de ce type de patients.

Dès le début de la prise en charge, ils peuvent être surpris de la différence entre l'image qu'ils se sont fait du patient au vu de son histoire judiciaire, et sa présentation à son arrivée dans le service :

« On se dit ça dans un premier temps, comment est-ce que cette personne aussi sympathique, aussi agréable, a pu arriver à faire des choses aussi terribles et aussi épouvantables ? » X5.

Ces premières représentations sont alors d'autant plus combattues par les professionnels qu'elles mettent à mal l'attitude soignante :

« Si jamais il y avait une altercation, de base moi je me disais : « C'est sûr c'est peut-être un peu lui qui a cherché » et après bien sûr je revenais sur mes réflexions en me disant « Mais pas du tout enfin, le pauvre monsieur ça n'a rien à voir, probablement que c'est 50-50 comme à chaque fois » » X1.

Trois soignants font d'ailleurs part d'un clivage manifeste au sein de l'équipe vis-à-vis des patients sortis de prison :

« C'était sur des mécanismes de clivage de l'équipe, où on sentait des désaccords dans la façon de percevoir, dans la façon de prendre en charge la patiente, totalement différentes et qui pouvaient mettre à mal l'équipe » X4.

La moitié des soignants interrogés note ainsi des différences de prise en charge qui s'avèrent délétères pour ces patients ; par exemple par rapport au fait de voir le patient à plusieurs en entretien :

« J'étais contente qu'on soit plusieurs, mais en même temps être contraint d'être quatre, cinq ça le diabolisait aussi un peu je pense » X1.

De même concernant la mise en zone fermée du patient, voire en chambre d'isolement ;

« Je sais pas si cette zone fermée était vraiment nécessaire aussi longtemps, j'en ai pas la conviction, et sa sortie là avec la police c'était plus du domaine de la psychiatrie en fait [...] C'était du domaine institutionnel, politique, un truc que je comprends pas trop » X1.

« C'est vrai qu'en étant objective, si j'occulte ma peur etc, c'est vrai que c'est un peu dommage de les mettre directement en iso, y a un côté assez régressif, ça reste quand même un peu la prison quoi » X7.

Le soignant X7 déclare d'ailleurs « comprendre » les réactions de « révolte » de certains patients vis-à-vis de cette mise en chambre d'isolement systématique à leur arrivée.

2.2 Vécu des soignants de la prise en charge des patients

2.2.1 Mauvaise orientation des patients sur les services d'admission

Les soignants sont plusieurs à remettre en question l'orientation des patients sur les services d'admission psychiatrique à leur sortie de prison.

Le soignant X5 pense pour sa part que ces patients sont orientés en fonction de leur motif d'incarcération et non pas de leur état psychique :

« Sans doute que la gravité de l'acte a fait qu'ils se sont retrouvés dans un service fermé, mais au niveau de la pathologie peut-être qu'ils ne justifient pas d'être dans un service comme ça, parce que la pathologie n'est pas suffisamment invalidante » X5.

Trois d'entre eux font d'ailleurs remarquer que ces patients dénotent parfois du reste du service de par leur stabilité psychique qui les isole du reste des patients ;

« Ouais elle était autonome, elle faisait propre, enfin le minimum en tout cas, par rapport aux autres elle dénotait sur ça » X6.

« Quand je dis « isolé » c'est parce qu'ils dénotent assez par rapport aux autres patients du service de par leur pathologie, ils ont déjà été traités [...] Ils sont sur une amélioration importante des symptômes » X5.

Ainsi, pour deux professionnels interrogés ils se retrouveraient face à des patients auprès desquels ils ont plus une fonction de surveillant de prison que de soignant :

« À part cette idée quand même maintenant qu'ils ont, de surveillance accrue, et d'avoir un peu une fonction de surveillant de prison des fois ils disent. De peur des conséquences d'une fugue » X3.

« Il fallait toujours les avoir à l'œil pour pas qu'il y ait un risque de fugue. Et pour les soignants ça les mettait en difficulté, parce qu'ils étaient dans une autre place que leur métier, celle de surveillant » X4.

Le soignant X8 parle « d'une sécurisation de la sortie de prison plus qu'une hospitalisation stricto sensu ».

À côté de cette orientation en fonction du motif d'incarcération, deux soignants disent leur désaccord avec le diagnostic posé par les équipes soignantes en milieu carcéral.

Pour le soignant X8 et dans le cas des patients migrants, là où lui voit plutôt un « *épiphénomène réactionnel* », les équipes en milieu carcéral verraient « *des troubles psychotiques* ».

Quant au soignant X2, il évoque un patient qui ne serait pas malade au point d'être hospitalisé : « *Pour moi c'était pas un malade parce qu'il y a plein de gens qui ont des pathologies tout ça, mais qui ne nécessitent pas une hospitalisation* ».

2.2.2 Mauvaise préparation des patients à leur hospitalisation

Deux soignants considèrent que les patients ne sont pas bien préparés à leur hospitalisation en psychiatrie à la sortie de prison.

Le soignant X2 l'énonce très clairement : « *Je pense que leur sortie est pas bien préparée, et ça c'est pas un c'est tous* », et il fait le lien avec une appréhension de la part des travailleurs en milieu pénitentiaire quant à l'annonce de l'hospitalisation en psychiatrie : « *On leur dit pas trop pour pas qu'ils craquent les derniers jours* ».

Il met d'ailleurs le suicide d'un patient sur le compte de cette mauvaise préparation : « *Ce pauvre gamin il sort de prison et lui il s'imagine qu'on va l'amener au sport, le deuxième soir il se pend parce qu'il voit que ça va pas être comme ça... Enfin il avait pas compris* ».

Le soignant X7 lui, fait part de l'incompréhension des patients lors de leur mise en chambre d'isolement dès l'arrivée sur le service : « *Ils comprennent pas pourquoi ils sont en chambre d'iso alors qu'ils viennent de purger leur peine* », et par conséquent d'une hospitalisation vécue comme plus liberticide qu'une incarcération : « *C'est en lien avec les consignes, ils avaient beaucoup plus de liberté, c'est ce qu'ils disaient, en prison* ».

2.2.3 Difficultés dans le déroulé de l'hospitalisation

2.2.3.1 Multiples contraintes allongeant le temps d'hospitalisation

Plusieurs soignants interrogés s'accordent à dire que l'hospitalisation des patients sortis de prison est compliquée, notamment du fait de sa durée allongée ;

« Alors c'est très long ces étapes ici à l'hôpital, c'est extrêmement long, je comprends pas pourquoi c'est si long » X5.

Pour la moitié d'entre eux, les contraintes juridiques liées à ces hospitalisations en est une raison :

« Souvent on ne comprend pas et on a l'impression, les soignants et moi, qu'on est contraint par la justice plus que par la psychiatrie [...] Même si on veut faire un projet c'est soumis à la justice qui va quand même être contraignante » X3.

« Ces détenus là qu'on a eus, pourquoi on les a eus chez nous et que ça a perturbé tout, c'est que tout d'un coup y a des gens qui savent qu'il va sortir, ils vont réveiller le juge et le juge il dit : « Pour vous tranquilliser je vais l'interdire de département », et donc tout d'un coup tout change » X2.

Les contraintes sur les places d'admission en est une autre selon le soignant X8 :

« Ce qui change le service c'est pas tellement ce type de patient, c'est les contraintes qui pèsent sur nous et la pression qu'on a sur les lits d'hospitalisation ».

Pour deux soignants, la prise en charge sociale de ces patients est complexe et participe à rendre leur hospitalisation également longue et compliquée.

« Nous on était au départ une équipe d'admission, une équipe d'admission c'est de la gestion de la post-crise, c'est juste après les urgences, et là on se retrouve avec des prises en charge de très très longue durée et ça change un peu la logique, et ça vient s'entrechoquer avec les patients qui restent des patients d'admission » X3.

C'est le cas notamment lorsque le patient est totalement désinséré : *« C'est vrai que c'est des patients où il y a tout à construire, des patients parfois où il n'y a aucune ressource » X3.*

Ou encore lorsqu'il est à la recherche d'un logement autonome : *« Les conditions de travail social avec ce patient et avec les patients qui sortent de prison en règle générale sont complexes et surtout fonction du projet que les personnes mettent en place ; parce que si c'est un projet d'autonomie, c'est là où on va se heurter à un refus » X5.*

2.2.3.2 Soignants démunis face à ces contraintes

La moitié des professionnels interrogés affirme que les soignants peuvent se sentir démunis dans la prise en charge des patients sortis de prison.

Les soignants X3 et X4 font référence à la difficulté d'obtention de permission seul pour ces patients :

« C'est très usant pour le patient lui-même, pour les soignants globalement qui en fait restent très démunis parce qu'on ne comprend pas comment un patient calme, qui est compliant aux soins, avec qui cinq ou six permissions se sont bien passées, il faut continuer à l'accompagner et sans savoir vraiment si un jour le préfet voudra bien qu'il aille à Leader Price tout seul » X3.

« Quand le procureur tarde à donner l'autorisation, le patient va bien et finalement il y a des refus pour les sorties mais qui ne vont pas dans le sens de la clinique, et donc là y a une incompréhension et puis une fatigue » X4.

Les soignants X4 et X8 évoquent également le sentiment d'instrumentalisation de l'équipe lorsque les patients ne semblent pas dans le soin :

« Si la personne ne se met pas au travail y a cette impression d'hôtel qui fait que dans leur identité professionnelle de dire : « Bah finalement à quoi on sert ? Ils sont là mais ils n'utilisent pas le soin, ils sont un peu en hébergement quelque part » » X4.

« Plus les équipes sont fatiguées, plus elles vont être sensibles [...] notamment à ce que les hospitalisations soient légitimes, où les patients qui sortent d'incarcération et pour lesquels l'argumentation serait pas forcément légitime et qui auraient des traits antisociaux trop importants qui mettent le service en difficulté » X8.

2.2.4 Difficultés dans l'établissement de l'alliance thérapeutique

2.2.4.1 Défiance réciproque entravant la relation soignant-soigné

Certains soignants peuvent décrire une alliance thérapeutique difficile à établir avec les patients sortis de prison. Cette difficulté peut venir des patients eux-mêmes et de la peur qui les anime en hospitalisation :

« C'est comme quelqu'un qui a peur, ou un animal qui a peur, il se met dans un coin et « Si tu t'approches je te mords ». Donc c'est difficile à mettre des relations de confiance parce qu'on sent que, même en mettant les moyens, lui il a pas confiance en ce qu'on fait » X2.

La relation peut également être entravée lorsque le patient met le soignant *« dans une position d'être juge »* d'après les dires du soignant X4 : *« On sent quand même un contrôle dans les propos, on sent parfois comme si on était instrumentalisé ».*

Les soignants aussi peuvent parfois compliquer l'instauration de l'alliance avec le patient, notamment de par leur propre peur et méfiance :

« Du coup effectivement plus dans la retenue parce que je pèse beaucoup plus ce que je dis, j'interprète peut-être un peu plus le comportement mais je pense que c'est par crainte » X1.

« J'avais une peur un peu irraisonnée [...] Donc du coup j'allais voir qui sonnait, et s'il était accessible dans la ZF je lui demandais ce qu'il voulait sans que j'ouvre la porte parce que j'y arrivais pas » X7.

Ces soignants peuvent par conséquent avoir des comportements d'évitement vis-à-vis du patient ;

« Les soignants qui allaient à la zone fermée c'était des soignants un peu plus costauds, qui prenaient la place pour pas laisser les autres qui avaient un peu plus peur faire face à ce monsieur » X1.

Deux volontaires interrogés rapportent d'ailleurs l'intervention privilégiée de soignants hommes auprès de patients sortis de prison, que ce soit sur les conseils du médecin psychiatre :

« C'est qu'il avait peur parce qu'on était des filles et qu'il avait ce petit côté un peu drague [...] Il voulait pas nous mettre dans une situation où on aurait été mal à l'aise » X1.

Ou bien à l'initiative de l'équipe soignante : « La violence était quand même présente, et même parfois les collègues disaient « Les femmes vous y allez pas, c'est les hommes qui y vont », et on faisait en sorte qu'il y ait que des hommes sur le planning » X7.

2.2.4.2 Expérience professionnelle comme facilitateur de la relation soignant-soigné

Dans le même temps, ces soignants peuvent faire part d'expériences positives avec une véritable alliance entre eux et un patient sorti de prison ;

« C'est une patiente finalement qui investit cet espace-là, maintenant qui doit être repéré comme sécurisant. [...] Là y a un travail avec elle qui a pu être fait » X4.

« C'est un patient pour lequel on avait levé le 122-1 [...] Il vient me voir parce que je m'entends bien avec lui en fait » X8.

Parfois même, le patient peut rechercher le lien au-delà de ce qui peut être attendu dans une relation thérapeutique :

« Ce qui les inquiétait, c'est qu'il était très très demandeur de temps de soins [...] Il avait besoin plutôt d'exclusivité et d'individualité » X3.

Pour la moitié d'entre eux, la relation soignant-soigné est facilitée par l'expérience du soignant ;

« Après je pense pas que j'ai pu avoir des contre-attitudes avec elle, c'est ce qui m'a montré que j'avais un peu grandi dans mon rôle d'infirmier, c'est que j'arrivais un peu à faire la part des choses » X6.

« Je pense que j'avais fait un travail un petit peu avec lui et j'étais contente de mon avancée justement par rapport à mes débuts, donc j'ai un peu évolué on va dire » X7.

À l'instar du conflit dans la perception qu'ont les soignants vis à vis des patients sortis de prison, leur relation apparait aussi complexe avec une défiance réciproque mais où l'expérience professionnelle semble jouer un rôle dans l'établissement de l'alliance thérapeutique.

2.3 Rapport des soignants au motif d'incarcération des patients

2.3.1 Impact du motif d'incarcération sur les soignants fonction de sa gravité

2.3.1.1 Motif d'incarcération grave avec un impact important sur les soignants

Pour une majorité des professionnels interrogés, l'impact du motif d'incarcération est fonction de sa gravité. Ainsi, un motif considéré comme grave aurait un impact négatif sur le soignant ;

« Ça dépend dans quel sens ça allait, si c'était effectivement un fait de violence quelque chose qui m'impacte, je pense que je me serais encore plus fermée, encore plus méfiée » X1.

La moitié des soignants cite d'ailleurs l'agression sexuelle sur mineur comme motif d'incarcération grave ayant le plus d'impact, qui plus est négatif, sur la prise en charge d'un patient sorti de prison ;

« Même ce qui touche pas aux enfants mais je suis particulièrement touchée par ce qui peut arriver aux enfants, aux actes qu'on peut leur faire subir, pour moi c'est insupportable » X5.

« Le pire c'est les enfants, y avait un monsieur qui était venu qui avait fait des attouchements sexuels sur des enfants et ça pour moi c'est quelque chose je peux pas... J'ai eu du mal avec ce patient, j'ai pas pu m'en occuper » X7.

Un motif d'incarcération considéré comme grave peut également faire naître chez les soignants des attentes vis-à-vis du patient, comme celle d'exprimer des remords ;

« Quand y a un patient qui a été incarcéré et qui fait part de ses remords je pense que ça joue... Ca apaise je pense les soignants aussi de se dire : « Bon quand même... ». Et qu'effectivement quand ils en éprouvent pas et qu'on se rapproche peut-être un peu plus des profils psychopathiques c'est peut-être un peu plus compliqué » X6.

Lorsque ces attentes ne sont pas retrouvées, l'équipe soignante peut être en difficulté pour prendre en charge le patient ;

« Y a un peu l'attente aussi que peut avoir le thérapeute ou les soignants, c'est-à-dire que face à tel acte on s'attend à telle réaction, telles émotions du patient. Et si on la retrouve pas c'est là où l'équipe peut être en difficulté » X4.

Le soignant X4 donne l'exemple d'une patiente condamnée pour infanticide qui n'avait pas le comportement attendu sur le service, provoquant de ce fait un malaise au sein de l'équipe soignante : *« Au niveau émotionnel y avait rien, c'était d'une banalisation et elle était très en revendication de petits comforts hospitaliers, donc ça pour l'équipe c'était incompréhensible ».*

2.3.1.2 Motif d'incarcération sans gravité avec un impact moindre sur les soignants

À l'inverse, lorsque le motif d'incarcération n'est pas considéré comme grave, c'est-à-dire lorsqu'il ne s'agit pas de violences sur autrui, les soignants sont plusieurs à dire que l'impact sur la prise en charge du patient est moindre voire absent ;

« Si ça avait été autre chose, encore une fois typiquement un vol, même si c'est grave, pour moi c'est pas de la violence envers quelqu'un ; ça aurait pas eu un impact positif, je serais restée pareil » X1.

« Y en a une qui a été incarcérée pour des violences à agent dans le cadre de vols à l'étalage dans une grande surface à un moment donné où elle avait consommé des toxiques, où elle présentait des troubles ; je dirais que ça potentiellement je m'en fiche un peu, enfin c'est banal quoi » X8.

2.3.1.3 Motif d'incarcération sans impact sur les soignants

Trois des soignants interrogés déclarent que la connaissance du motif d'incarcération du patient sorti de prison n'a pas d'impact sur sa prise en charge mais avec plus ou moins de conviction.

Pour le soignant X2 il n'y en a « *pas du tout* », pour le soignant X3 : « *peut-être qu'il y a des soignants que ça remue [...] mais globalement je crois que non* », et enfin pour le soignant X4 : « *Peut-être, mais rapidement ça a dû s'estomper parce que je n'en ai pas un souvenir* ».

2.3.2 Positionnement variable des soignants dans la connaissance du motif d'incarcération

2.3.2.1 Ignorance du motif d'incarcération comme protectrice vis-à-vis des contre-attitudes soignantes

Certains soignants préfèrent ne pas connaître du tout le motif d'incarcération des patients sortis de prison.

C'est le cas du soignant X1 qui ne veut pas être influencé négativement par celui-ci : « *En fait ça pouvait être que négatif ou neutre de savoir pourquoi il avait été incarcéré, je pense que c'est pour ça que j'ai pas cherché. Parce que y avait 50% de chances que ce soit négatif et du coup je voulais pas que ça impacte encore plus ma prise en charge* ».

La moitié des soignants souhaite également se protéger des représentations négatives vis-à-vis des patients sortis de prison mais en ayant une connaissance malgré tout limitée de leur motif d'incarcération ;

« *Je ne vais pas chercher à savoir exactement ce qui s'est passé [...] pour éviter de me parasiter, de ce que je pourrais avoir comme image ou comme sensation désagréable... Je ne sais pas des choses qui pourraient me parasiter dans mon travail* » X5.

« Je me disais : « Je préfère ne pas le savoir ou en tout cas savoir le moins possible, de pas rentrer dans les détails » ; « Il a été incarcéré pour violences » sans plus, que j'ai juste l'idée « violences » et comme ça je pars comme si c'était un patient lambda » X6.

Le soignant X6 fait également remarquer que l'expérience du soignant module l'impact que peut avoir la connaissance du motif d'incarcération ; ainsi un soignant avec peu d'expérience professionnelle serait plus perturbé par le motif et aurait plus de contre-attitudes vis-à-vis du patient : *« En tant qu'étudiant, nouvel infirmier, au début de savoir le motif ça met un peu mal à l'aise, y a une notion de danger où on est plus vraiment soignant-soigné, je pense ça peut un peu atténuer ce rôle-là [...]. On va percevoir le danger et voir même mettre des valeurs, ses propres valeurs morales sur un patient alors qu'on est pas censé vraiment le faire ».*

2.3.2.2 Connaissance du motif d'incarcération avec un intérêt dans la prise en charge des patients

Au contraire, pour d'autres soignants la connaissance du motif d'incarcération est recherchée car bénéfique dans la prise en charge du patient.

Le soignant X4 s'intéresse au discours que porte le patient sur son motif d'incarcération : *« Après moi ce qui m'intéresse c'est le discours et le souvenir de l'acte de la bouche des patients, de la personne »*

Le soignant X8 lui s'attarde plus volontiers sur sa place dans le parcours du patient : *« L'histoire oui parce qu'elle permet parfois d'être replacée dans des parcours cliniques de troubles, ça peut être éclairant ».*

Pour ce même soignant, la connaissance du motif d'incarcération permet aussi d'adapter les consignes de l'hospitalisation du patient : *« Quelqu'un qui a un passé carcéral de violence très important et qui a des troubles, ça je peux être très prudent sur le cadre ».*

Le soignant X5 y voit un moyen de mettre d'autant plus de sens à son travail et au suivi des patients sortis de prison : *« D'un autre côté c'était important pour moi que je puisse connaître tout ça pour pouvoir insister sur le maintien des soins avec les partenaires sociaux avec qui j'ai pu discuter ».*

Ils sont aussi plusieurs à reconnaître que le motif d'incarcération exerce un certain attrait sur eux qui les pousse à le rechercher ;

Le soignant X4 parle de fascination : *« Y a une forme de fascination, je pense que c'est la fascination sur ce qui est indicible, cette envie de comprendre, qu'est ce qui amène une personne à un tel acte... Et je crois que cette curiosité, cette fascination elle est là au départ ».*

Les soignants X2 et X6 eux, insistent sur la curiosité dont peuvent faire preuve certains soignants :

« Dans les équipes y a des gens c'est « France soir » quoi, ils sont contents de dire : « Putain t'as vu ce qu'il a fait ? » tout ça » X2.

« Parfois par curiosité malsaine, de la même façon que dans la société on peut avoir des gens qui sont hyper-intéressés par les magazines à sensation sur les faits divers, les crimes et tout ça » X6.

2.4 Rapport des soignants au soin psychiatrique en milieu carcéral

2.4.1 Connaissances limitées sur le soin psychiatrique en milieu carcéral

Pour la majorité des professionnels interrogés, leurs connaissances sur le soin psychiatrique en milieu carcéral sont limitées ;

« Je suis allée à l'UHSA en garde, donc je sais qu'il y en a peu, je vois à peu près comment ça marche maintenant, j'essaie de comprendre à peu près... Non en fait j'y connais rien, je sais qu'il y a un SMPR un truc comme ça mais vraiment c'est flou » X1.

« Je sais qu'il y a une infirmière en prison, nan franchement je me suis pas trop renseignée là-dessus... Je sais qu'il y a un médecin aussi qui est sur place, après non je sais pas trop » X7.

Ils sont surtout en difficulté pour parler du SMPR et peuvent rapidement parler de l'UHSA ;

« Tout ce que je sais c'est l'existence depuis peu de l'UHSA, je crois que c'est un lieu qui accueille les personnes qui sont en attente de décision de justice, sur leur culpabilité ou non, et qui ont aussi des troubles psychiatriques associés » X4.

« On est allé voir la patiente à l'UHSA donc à l'occasion j'ai vu comment c'était... Une organisation mais pas forcément comment les patients étaient pris en charge là-bas » X5.

2.4.2 Manque de liens avec le soin psychiatrique en milieu carcéral

À l'instar des connaissances sur le soin psychiatrique en milieu carcéral, les liens entre ces derniers et les soignants en milieu libre semblent également limités. C'est ce qu'affirme une majorité de professionnels interrogés ;

« À mon avis c'est un gros déficit par contre, l'opacité entre l'incarcération et l'hospitalisation et notamment les liens parfois trop ténus qu'on a avec les équipes en milieu pénitentiaire. Après c'est consommateur de temps et à l'heure actuelle c'est compliqué » X8.

« Je sais pas comment vous dire, moi j'ai l'impression qu'il manque un truc, ce lien dont je vous parlais tout à l'heure, quelqu'un qui les suit quand ils sont là-bas, qui les suit quand ils sont ici, en leur expliquant le trajet » X2.

Pour le soignant X2, ce manque de lien peut mettre en difficulté les patients mais aussi les soignants : *« J'avais un patient qui avait fait 23 ans de prison pour un double homicide, et en fait je suis allé le chercher à la prison et quand il a vu mon uniforme de l'hôpital psychiatrique il est devenu enragé, c'est-à-dire qu'ils ont dû appeler tous les gardiens en tenue, les ERIS on les appelle, pour le sortir de la cellule et puis pour nous le confier à nous, deux pauvres pèlerins dans une ambulance ».*

Finalement, les deux soignants qui évoquent de meilleurs liens sont ceux qui connaissent quelques homologues en milieu pénitentiaire :

« Il y a pas mal de liens entre les médecins qui se connaissent bien, nous on fait quand même pas mal de liens entre cadres où on se connaît bien aussi... Bon ça tombe comme ça c'est parce que je les connais » X3.

« Si on parle de la prise en charge à l'UHSA, pour moi c'est un petit peu facilité parce que je connais deux des médecins qui interviennent ; donc si jamais il y avait quelqu'un qui arrivait et qu'on l'envoyait dans le service je peux avoir un appel et une information un peu en direct, donc y a du lien qui se fait parce qu'il y a cette connaissance-là » X4.

2.5 Pistes pour l'amélioration de la prise en charge des patients

2.5.1 Travail autour des contre-attitudes soignantes

2.5.1.1 Mise en place de supervisions

Tous les professionnels interrogés font des propositions pour améliorer la prise en charge des patients sortis de prison.

Ils sont trois à évoquer des supervisions pour favoriser la communication à propos des patients au sein de l'équipe ;

« C'est tous ces travaux de supervision qui sont valables ; alors peut-être que parfois ces patients réveillent un peu plus pour x raisons des conflits, des prises de position, et le travail de supervision manque je trouve dans les équipes de soins psychiatriques » X4.

Le soignant X6 rappelle également l'importance d'être plusieurs référents pour un même patient qui s'avère compliqué à prendre en charge, de façon à ne pas s'épuiser ou développer des contre-attitudes : *« Pour moi quand un patient devient trop lourd pour n'importe quelle raison x ou y, que ce soit la prison ou autres, je pense qu'il faut pouvoir parfois tourner un peu ».*

2.5.1.2 Mise en place de formations

Les soignants X1 et X6 parlent de formations pour les professionnels de santé autour du milieu pénitentiaire et de la prise en charge des patients détenus.

L'objectif est aussi de travailler autour des représentations négatives que les soignants ont vis-à-vis de ces patients ;

« Peut-être avoir plus de connaissances aussi sur les parcours du coup, parce que là on sait pas trop et du coup on diabolise un peu tout ça » X1.

« Des journées d'encadrement où on serait avec des professionnels de santé qui ont plus d'expérience ou des médecins de ces services-là qui nous expliqueraient un petit peu... Peut-être aussi des formations en terme de données, de connaissances pour avoir un peu plus de savoir, peut-être que ça désamorcerait des craintes qu'on pourrait avoir » X6.

2.5.1.3 Réflexion autour de l'arrivée des patients en chambre d'isolement

Le soignant X7 pose la question de l'indication de la chambre d'isolement à l'arrivée des patients sur le service qu'il ne considère pas toujours comme justifiée : *« Pourquoi directement en chambre d'iso ? Parce que du coup si c'est des patients qui ont purgé leur peine et qui ont pas de troubles du comportement on peut aussi les mettre en zone fermable sans spécialement les mettre en iso ».*

Il évoque également la gestion du temps d'isolement : *« Du coup la sédation était importante pour les apaiser ; et certains c'était pas le cas tout de suite, donc un médecin était venu le voir ce patient je crois plusieurs heures plus tard, mais en attendant il était quand même en souffrance et il était très très mal en iso ».*

2.5.2 Travail autour des liens entre les soins en milieu carcéral et en milieu libre

La moitié des professionnels interrogés insiste sur l'importance de favoriser les liens entre les équipes en milieu pénitentiaire et celles en milieu libre ;

« Un enjeu que je trouverais intéressant pour tout le monde c'est les liens avec les équipes qui les prennent en charge en incarcération ; et si possible en amont, avant qu'ils arrivent dans les services » X8.

L'un des objectifs étant principalement de mieux anticiper l'arrivée des patients sur les services à leur sortie de prison ;

« Des échanges pas très très longs mais au moins pour que chacun puisse prendre la température de ce que l'autre a fait ou pas fait, de ce qu'il reste à faire, et comment préparer le relais le mieux possible » X5.

« On est un peu au pied du mur quand ils arrivent, peut-être prendre le relais mais savoir un peu comment on peut les prendre en charge, parce que du coup y a une prise en charge qui a été faite en prison, je sais même pas si c'est la même qu'ici » X7.

Le soignant X2 lui, propose la mise en place d'une personne référente pour le patient tout au long de son parcours en détention puis en milieu libre : *« On va les suivre par une personne qui va commenter le parcours [...] Quelqu'un qui va leur dire : « Voilà, vous avez fait votre peine, pendant la peine les médecins pensent que vous avez une pathologie, donc sûrement qu'à la fin de la peine vous ne sortirez pas, vous irez dans un hôpital psychiatrique et là ils prépareront votre sortie » ».*

2.5.3 Travail autour de la réinsertion sociale des patients

Comme exposée précédemment, la situation sociale des patients sortis de prison est souvent complexe et plusieurs soignants pointent l'aide qui pourrait être apportée aux équipes pour améliorer leur prise en charge à ce niveau-là :

« Je trouve que ce serait intéressant de placer ce genre de patient dans quelque chose qui peut les rapprocher justement de leur propre lieu de vie [...]. Puisqu'on est dans un objectif de soins, de rééquilibre de sa pathologie et de réinsertion sociale, puisqu'il faut viser ces objectifs faut trouver un service qui puisse correspondre à ces attentes-là » X6.

Discussion

1. Discussion des principaux résultats

Cette étude ouvre une réflexion sur les représentations des soignants vis-à-vis des patients hospitalisés en psychiatrie à leur sortie de prison, sujet très peu exploré dans la littérature.

Elle confirme l'existence de représentations négatives concernant ces patients qui peuvent être perçus comme dangereux et abordés comme des criminels par certains soignants. L'alliance thérapeutique peut ainsi s'avérer difficile à établir au sein d'une prise en charge également décrite comme compliquée par les soignants.

Face aux conséquences non négligeables de ces représentations sur les patients et les soignants, l'angle de vue qualitatif permet une exploration détaillée des points de vue des professionnels, dans le but de qualifier et d'éclairer cet état de fait.

La rencontre des soignants met en lumière un conflit dans leur perception des patients sortis de prison ainsi qu'une défiance réciproque entravant la relation soignant-soigné. Cette rencontre permet également de percevoir comment les soignants comptent sur leur expérience professionnelle et modulent leur connaissance du motif d'incarcération des patients pour pallier à ces difficultés.

1.1 Soignants face à un conflit dans leur perception des patients

Le discours des soignants met en évidence un conflit dans leur perception des patients hospitalisés en psychiatrie à leur sortie de prison. En effet, de la même façon qu'ils décrivent une image tantôt positive, tantôt négative de ces derniers, le regard qu'ils portent sur eux est soignant à certains moments, stigmatisant à d'autres. Ils peuvent ainsi parler d'une peur importante à l'égard de ces patients, comme dénoncer une restriction de liberté considérée comme abusive à leur arrivée sur les services d'admission. Ce conflit est d'autant plus flagrant que la majeure partie des soignants en est consciente et tente de l'atténuer pour préserver une certaine cohérence dans sa pratique.

Les différences d'approche relevées par les soignants eux-mêmes entre patients sans et patients avec un passé carcéral en est un exemple.

La notion de conflit fait écho à celle de clivage ; un article français de 2009 décrit ce mécanisme de défense auquel ont recours des soignants prenant en charge des détenus hospitalisés et associant de ce fait des dimensions judiciaire et sanitaire (20). Une autre étude française de 2017 rapporte également que les professionnels au contact des individus avec un passé carcéral ont tous des représentations vis-à-vis de ces individus mais qui varient en fonction de leur rôle auprès d'eux (21), phénomène pouvant aussi être à l'origine d'interfaces conflictuelles compliquant leur prise en charge.

1.2 Défiance réciproque entravant la relation soignant-soigné

L'ambivalence des soignants concernant les patients sortis de prison se retrouve également dans la relation thérapeutique. En effet, les soignants peuvent décrire des patients avec lesquels la relation est compliquée du fait d'un manque de confiance réciproque, comme des cas où l'alliance thérapeutique est possible et où les patients sont dans une authenticité vis-à-vis d'eux.

Cette notion de défiance réciproque n'est pas inconnue non plus. Alors que l'alliance thérapeutique est volontiers décrite comme diminuée entre soignants et patients du fait de leurs troubles mentaux et antécédents criminels (12), les patients également ont du mal à faire confiance au corps soignant. En effet, ils peuvent facilement penser que les professionnels de santé ne sont pas authentiques dans l'intérêt qu'ils leur montrent et n'ont pour seul but que de les médicurer et de les traiter superficiellement (22). La culture carcérale veut également que le corps médical soit assimilé au corps pénitentiaire ; une étude qualitative australienne menée en 1999 repère ce processus d'assimilation comme un facteur influençant le travail des infirmiers psychiatriques en milieu pénitentiaire auprès de leurs patients détenus. Ainsi, quel que soit le professionnalisme des soignants, leur mission serait souvent confondue avec celles des agents pénitentiaires et tout autant combattue, compliquant de ce fait l'alliance thérapeutique (23).

1.3 Rôle aidant de l'expérience professionnelle et de la connaissance ou non du motif d'incarcération

Pour gérer ce conflit dans leur discours et cette défiance réciproque dans leur relation avec les patients sortis de prison, les soignants ont plusieurs recours.

Le premier réside dans l'expérience professionnelle ; en effet l'expérience acquise au cours de leur pratique semble moduler les représentations qu'ils se font des patients sortis de prison. Ainsi, plus les soignants gagneraient en expérience professionnelle, moins ils seraient à risque de développer des contre-attitudes dans l'exercice de leur fonction, que ce soit au niveau de l'image perçue du patient ou de la relation avec lui. L'expérience professionnelle permettrait également d'atténuer la vulnérabilité des soignants confrontés à des motifs d'incarcération considérés comme graves.

Un autre recours que les soignants évoquent est leur rapport au motif d'incarcération ; en effet, du fait de son impact qui s'avère fonction de sa gravité aux yeux des soignants, ces derniers vont adapter leur connaissance du motif d'incarcération en fonction de leur sensibilité à sa gravité. Ainsi, les soignants qui savent être à risque de développer des contre-attitudes préfèrent en savoir le moins possible ; ceux qui au contraire ne se sentent pas fragiles vis-à-vis de cette information cherchent à le connaître, jusqu'à s'en servir parfois dans la prise en charge des patients.

1.4 Moyens de lutte contre les représentations négatives

Les soignants interrogés évoquent spontanément la formation comme moyen de lutte contre les représentations négatives qu'ont les professionnels de santé à l'égard des patients sortis de prison. La littérature également fait le lien entre formation et réduction de la stigmatisation, qui plus est vis-à-vis des patients doublement stigmatisés du fait de leur antécédents psychiatriques et judiciaires (6) (14).

La formation est d'autant plus importante que ces patients présentent des besoins sanitaires spécifiques qu'il est important pour les professionnels de santé de connaître pour améliorer la prise en charge d'une population déjà en difficulté pour avoir accès aux soins, en prison comme à l'extérieur (16) (24).

En effet, les patients souffrant de troubles mentaux et avec un passé carcéral présentent pour la plupart des troubles chroniques, avec un comportement impulsif et une situation sociale très précaire (25). Une étude française de 2010 relate notamment une spécificité psychique qu'est l'alexithymie, ou encore la réticence à mettre des mots sur les émotions, chez ces patients ; ces derniers seraient de ce fait plus demandeurs d'une relation soutenante que d'une relation d'aide psychothérapeutique (26).

L'accompagnement est un autre moyen de lutte vis-à-vis des représentations négatives qu'évoquent les soignants. Cet accompagnement peut prendre la forme de supervisions, comme décrit dans une étude française de 2009 pour aider les soignants à élaborer autour de leurs affects et améliorer leurs pratiques professionnelles (20). De plus, le sentiment de peur vis-à-vis des patients sortis de prison que rapportent les soignants et qui les entrave dans leur prise en charge est abordé sous l'angle du sentiment d'insécurité dans la littérature française ; elle rappelle l'importance du rapport humain pour recevoir l'expression d'une souffrance (27) mais aussi l'accent mis sur les dispositifs techniques pour atténuer ce sentiment, au détriment de la relation humaine (28). Ainsi, les supervisions apparaissent comme primordiales dans la gestion du sentiment de peur chez les professionnels de santé et insuffisamment exploitées pour venir à bout des contre-attitudes soignantes.

L'accompagnement des patients sortis de prison vers le soin est également important ; en effet comme vu précédemment, eux aussi ont des préjugés vis-à-vis du soin et des soignants ce qui les entrave dans leur accès à des prises en charge pourtant nécessaires. Une étude anglaise de 2018 s'est intéressée à la question et a mis au point une « démarche d'engagement » pour aider les individus souffrant de troubles mentaux et sortant de prison à entamer et poursuivre un suivi médical (29). Cette démarche est basée sur la relation collaborative entre soignant et soigné, la mise en place d'un projet avec un suivi sur mesure, la multiplication des moyens de contact du soigné, des encouragements et une reconnaissance vis-à-vis des efforts qu'il fournit. Après évaluation, elle s'est avérée efficace avec un engagement de cette population dans l'évaluation de sa santé mentale et un maintien de cet engagement à distance de la sortie de prison.

1.5 Pistes d'amélioration du soin

Une piste abordée par les professionnels de santé interrogés pour améliorer le soin apporté aux patients sortant de prison concerne la communication entre les équipes en milieu carcéral et celles en milieu libre. Le manque de communication entre elles relevé par les soignants fait écho au manque de communication relevé entre le système judiciaire et le système sanitaire ; une étude qualitative américaine menée en 2013 repère le manque de coordination entre la Justice et le Soin comme un frein au travail des soignants auprès des détenus souffrant de troubles mentaux, alors même que la transition entre les milieux carcéral et libre est stressante pour eux (16). La qualité de cette transition conditionne également la continuité des soins pour les individus sortant de prison ; déjà en 1991 une étude américaine abordait cette notion et ajoutait la nécessité de rendre accessible aux individus souffrant de troubles psychiques et sortant de prison des structures sanitaires et sociales déjà existantes, telles que des lieux de vie structurés avec des équipes pluridisciplinaires, pour favoriser cette continuité des soins (14).

Après la question de la transition entre les milieux carcéral et ordinaire chez les patients sortant de prison, vient celle de leur réinsertion au sein de la société qui conditionne en grande partie la réussite de leur prise en charge. Un article américain de 2013 décrit le « citizenship project » qui correspond à un projet basé sur l'action citoyenne pour aider les individus souffrant de troubles mentaux avec un passé carcéral dans leur rétablissement (30). Une amélioration de la qualité de vie associée à une diminution des consommations de toxiques étaient retrouvées mais avec une dégradation de l'état psychique à six puis douze mois de l'intervention, soulignant l'importance du maintien d'un suivi au long cours. Une autre étude américaine de 2019 confirme les bénéfices d'un soutien venant de la société auprès des individus souffrant de troubles mentaux et sortant de prison (31). Cette étude qualitative nomme « stranger support » l'aide perçue par ces individus dans leurs interactions avec des étrangers plus ou moins familiers au sein des espaces publics et des institutions ; le « stranger support » viendrait qui plus est contrebalancer l'aide plus relative perçue dans les interactions avec leurs proches.

Un soignant interrogé évoquait également la mise en place d'une personne référente pour le patient tout au long de son parcours en détention puis en milieu libre.

Cette notion est abordée dans un article anglais de 2012 qui expose l'intérêt d'une intervention nommée « critical time intervention » à la sortie de prison pour aider les individus souffrant de troubles mentaux à se réintégrer socialement (32). Cette intervention est basée sur la mise en relation du patient avec un référent avant la sortie de prison ; ensemble ils vont identifier trois problèmes prioritaires et les résoudre avant la sortie. Le référent va également accompagner le patient aux différents rendez-vous avec les services sociaux et sanitaires après la sortie et vérifier la prise de traitement médicamenteux auprès du médecin traitant. Après évaluation, l'intervention s'est avérée efficace avec une meilleure mise en relation et un meilleur suivi du patient sur les structures sociales et de soin.

Enfin, un article américain de 2014 fait part des difficultés que rencontrent les individus sortant de prison pour trouver un emploi à leur libération (33). Ces difficultés participent à leur mise en marge de la société et à la dégradation de leur qualité de vie, c'est pourquoi certains hôpitaux du pays ont créé un programme pour favoriser l'accès à l'emploi hospitalier aux individus sortant de prison grâce à un environnement bienveillant et un accompagnement adapté. D'autres hôpitaux se sont rapprochés de structures sociales pour aider au recrutement de ces individus, l'objectif étant à plus long terme d'enrayer la discrimination à l'emploi et donc de favoriser la réinsertion sociale à la sortie de prison.

2. Forces et faiblesses de l'étude

La force principale de cette étude repose sur le fait que le sujet a été très peu exploré. Elle a par ailleurs cherché à respecter l'inclusion d'une hétérogénéité de participants.

Le contexte sanitaire n'a cependant pas permis d'atteindre le seuil de saturation et plusieurs biais potentiels intrinsèques à la situation d'entretien en méthodologie qualitative peuvent être discutés.

Premièrement, le choix des enquêtés et la relation enquêteur-enquêté ; en effet la position de l'enquêteur - interne en psychiatrie - face à des professionnels de santé et autres peut avoir potentiellement modifié une partie des réponses apportées par les enquêtés, le psychiatre ayant une position de chef d'équipe dans la plupart des équipes de psychiatrie.

Deuxièmement, la fidélité du récit des pratiques par rapport aux pratiques elles-mêmes et les effets de reconstruction de la mémoire peuvent moduler le discours des enquêtés. Cependant, l'ensemble des réponses obtenues tendant vers des résultats similaires, ce risque semble peu probable.

Enfin, le choix du lieu de l'entretien peut avoir un effet sur le discours tenu par les enquêtés. Dans cette étude, la quasi-totalité des entretiens a eu lieu sur leur lieu de travail, au calme, dans une pièce choisie par leurs soins. Par conséquent, il est aisé de penser qu'ils ont pu se sentir en confiance, ce qui minimise également ce risque.

Conclusion

La prise en compte du vécu des soignants vis-à-vis des patients est une nécessité dans un espace de soins afin d'introduire une mise à distance et permettre la prise en charge. L'objectif de cette étude était d'explorer le vécu des soignants travaillant en service d'admission psychiatrique auprès de patients hospitalisés à leur sortie de prison, ces individus ayant la particularité d'éveiller de nombreux fantasmes et représentations inquiétantes qui rendent leur prise en charge complexe.

Le travail d'analyse thématique a permis de faire la lumière sur un conflit dans leur discours et une défiance réciproque dans leur relation avec les patients, qu'ils tentent de résoudre par leur expérience professionnelle plus ou moins avancée et leur connaissance plus ou moins entière du motif d'incarcération. Ces éléments mettent ainsi en évidence une interface conflictuelle entre représentations sociales des soignants du passé carcéral et leur pratique de soins auprès des patients sortis de prison. Malgré leur constat de l'ambivalence qui les anime à propos de ce type de patients, les soignants sont conscients de la possible intrusion d'éléments de représentations sociales pouvant perturber une pratique de soin bienveillante auprès d'eux.

Pour limiter cette intrusion et aider les professionnels de santé dans leur travail, des interventions de sensibilisation au soin en milieu carcéral et aux spécificités de prise en charge des patients sortant de prison pourraient être envisagées ; cette sensibilisation passerait également par une amélioration de la communication entre le soin en milieu carcéral et celui en milieu libre. La mise en place d'espaces de parole institutionnels quant à elle, permettrait une mise à distance adéquate quant aux émotions générées par les représentations sociales en lien avec cette population de patients particulière. Par ailleurs, plusieurs projets exposés précédemment ont déjà vu le jour aux Etats-Unis et en Angleterre pour aider à la réinsertion sociale des individus sortant de prison, pouvant ainsi guider d'autres pays dont la France dans cette voie. L'espoir est donc permis d'une évolution positive dans la prise en charge de ces individus et d'une amélioration des représentations inquiétantes autour d'eux.

*Vu le président
du jury le 22/09/2020*

Professeur Christophe ARBUS
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
SERVICE UNIVERSITAIRE DE PSYCHIATRIE
ET PSYCHOLOGIE MÉDICALE
CHU TOULOUSE, 830, avenue de Grande-Bretagne
TSA 70034 - 31059 TOULOUSE CEDEX 9
N° FINISS : 31 002 507 7 - N° RPPS : 10002909538

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
De Médecine Rangueil

E. SERRANO

Bibliographie

1. Schanda H, Stompe T, Ortwein-Swoboda G. Psychiatry Reforms and Increasing Criminal Behavior of the Severely Mentally Ill: Any Link? *International Journal of Forensic Mental Health*. 22 sept 2009;8(2):105-14.
2. Senon JL. Psychiatrie et prison : toujours dans le champ de l'actualité. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 1 oct 2004;162(8):646-52.
3. Foucault M. *Histoire de la folie à l'âge classique*. 1972.
4. Senon J-L. Évolution des attentes et des représentations en clinique dans les rapports entre psychiatrie et justice. *L'Évolution Psychiatrique*. 1 janv 2005;70(1):117-30.
5. Gournay K. The changing face of psychiatric nursing: REVISITING... MENTAL health nursing. *Advances in Psychiatric Treatment*. 1 janv 2005;11:6-11.
6. Kreek MJ. Extreme marginalization: addiction and other mental health disorders, stigma, and imprisonment. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2011;1231(1):65-72.
7. van Olphen J, Eliason MJ, Freudenberg N, Barnes M. Nowhere to go: How stigma limits the options of female drug users after release from jail. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 8 mai 2009;4:10.
8. Batastini AB, Bolanos AD, Morgan RD. Attitudes toward hiring applicants with mental illness and criminal justice involvement: The impact of education and experience. *International Journal of Law and Psychiatry*. 1 sept 2014;37(5):524-33.
9. Batastini AB, Bolaños AD, Morgan RD, Mitchell SM. Bias in Hiring Applicants With Mental Illness and Criminal Justice Involvement: A Follow-Up Study With Employers. *Criminal Justice and Behavior*. 1 juin 2017;44(6):777-95.
10. Schnittker J, Massoglia M, Uggen C. Out and Down: Incarceration and Psychiatric Disorders. *J Health Soc Behav*. déc 2012;53(4):448-64.

11. Turney K, Lee H, Comfort M. Discrimination and Psychological Distress among Recently Released Male Prisoners. *Am J Mens Health* [Internet]. nov 2013 [cité 24 août 2019];7(6). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3862650/>
12. West ML, Vayshenker B, Rotter M, Yanos PT. The influence of mental illness and criminality self-stigmas and racial self-concept on outcomes in a forensic psychiatric sample. *Psychiatr Rehabil J*. juin 2015;38(2):150-7.
13. Hartwell S. Triple Stigma: Persons with Mental Illness and Substance Abuse Problems in the Criminal Justice System. *Criminal Justice Policy Review*. 1 mars 2004;15:84-99.
14. Feder L. A comparison of the community adjustment of mentally ill offenders with those from the general prison population. *Law Hum Behav*. 1 oct 1991;15(5):477-93.
15. Frappier A, Vigneault L, Paquet S. À la fois malade et criminalisé : témoignage d'une double marginalisation. *smq*. 2009;34(2):21-30.
16. Pope LG, Smith TE, Wisdom JP, Easter A, Pollock M. Transitioning Between Systems of Care: Missed Opportunities for Engaging Adults with Serious Mental Illness and Criminal Justice Involvement. *Behavioral Sciences & the Law*. 2013;31(4):444-56.
17. Starks H, Brown Trinidad S. Choose Your Method: A Comparison of Phenomenology, Discourse Analysis, and Grounded Theory. *Qual Health Res*. déc 2007;17(10):1372-80.
18. Cohen DJ, Crabtree BF. Evaluative Criteria for Qualitative Research in Health Care: Controversies and Recommendations. *The Annals of Family Medicine*. 1 juill 2008;6(4):331-9.
19. Paillé P, Mucchielli A. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. 4e édition. Armand Colin; 2016. (U).

20. Bazex H, Combalbert N. Les mécanismes de défense d'une équipe soignante d'une unité d'hospitalisation sécurisée pour les détenus. *L'Évolution Psychiatrique*. 1 oct 2009;74(4):549-65.
21. Joly C, Lacassagne M-F, Minondo-Kaghad B, Castel P. Étude sur les représentations des PPSMJ par les professionnels. L'apport de la psychologie sociale pour une meilleure prise en charge des personnes placées sous main de justice (PPSMJ). *Pratiques Psychologiques*. 1 juin 2017;23(2):167-82.
22. Howerton A, Byng R, Campbell J, Hess D, Owens C, Aitken P. Understanding help seeking behaviour among male offenders: qualitative interview study. *BMJ*. 10 févr 2007;334(7588):303.
23. Doyle J. A Qualitative Study of Factors Influencing Psychiatric Nursing Practice in Australian Prisons. *Perspectives in Psychiatric Care*. 1999;35(1):29-35.
24. Schnapp WB, Cannedy R. Offenders with Mental Illness: Mental Health and Criminal Justice Best Practices. *Adm Policy Ment Health*. 1 mars 1998;25(4):463-6.
25. Palermo GB, Gumz EJ, Liska FJ. Mental Illness and Criminal Behavior Revisited. *Int J Offender Ther Comp Criminol*. 1 mars 1992;36(1):53-61.
26. Bazex H, Bayle P, Michel G. Le vécu de détenus hospitalisés dans une Unité Sécurisée Hospitalière Interrégionale. L'intérêt du repérage des défenses mobilisées dans le cadre des relations avec les personnels soignants et pénitentiaires. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*. janv 2010;168(1):69.
27. Agneray F, Loget M, Draperi C. Sentiment d'insécurité à l'hôpital psychiatrique : enjeux cliniques et thérapeutiques – Réflexions à partir d'une étude qualitative et quantitative portant sur le ressenti de soignants et non-soignants. *Éthique & Santé*. 1 sept 2015;12(3):190-7.
28. Agneray F. Penser le sentiment d'insécurité dans le soin : éclairage psychopathologique et clinique. *Éthique & Santé*. 1 sept 2013;10(3):137-43.

29. Quinn C, Byng R, Shenton D, Smart C, Michie S, Stewart A, et al. The feasibility of following up prisoners, with mental health problems, after release: a pilot trial employing an innovative system, for engagement and retention in research, with a harder-to-engage population. *Trials*. 1 oct 2018;19(1):530.
30. Clayton A, O'Connell MJ, Bellamy C, Benedict P, Rowe M. The Citizenship Project Part II: Impact of a Citizenship Intervention on Clinical and Community Outcomes for Persons with Mental Illness and Criminal Justice Involvement. *American Journal of Community Psychology*. 2013;51(1-2):114-22.
31. Kriegel LS. Stranger support: How former prisoners with mental illnesses navigate the public landscape of reentry. *Health & Place*. 1 mars 2019;56:155-64.
32. Jarrett M, Thornicroft G, Forrester A, Harty M, Senior J, King C, et al. Continuity of care for recently released prisoners with mental illness: a pilot randomised controlled trial testing the feasibility of a Critical Time Intervention. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. juin 2012;21(2):187-93.
33. Thill Z, Abare M, Fox AD. Thinking outside the box: Hospitals promoting employment for formerly incarcerated persons. *ANNINTERNMED*. 7 oct 2014;161(7):524-5.

Annexes

Annexe 1 :

Données sociodémographiques

sexe :

âge :

profession :

date du début d'exercice :

service actuel :

date d'arrivée dans le service :

services antérieurs avec des patients hospitalisés en psychiatrie à leur sortie de prison :

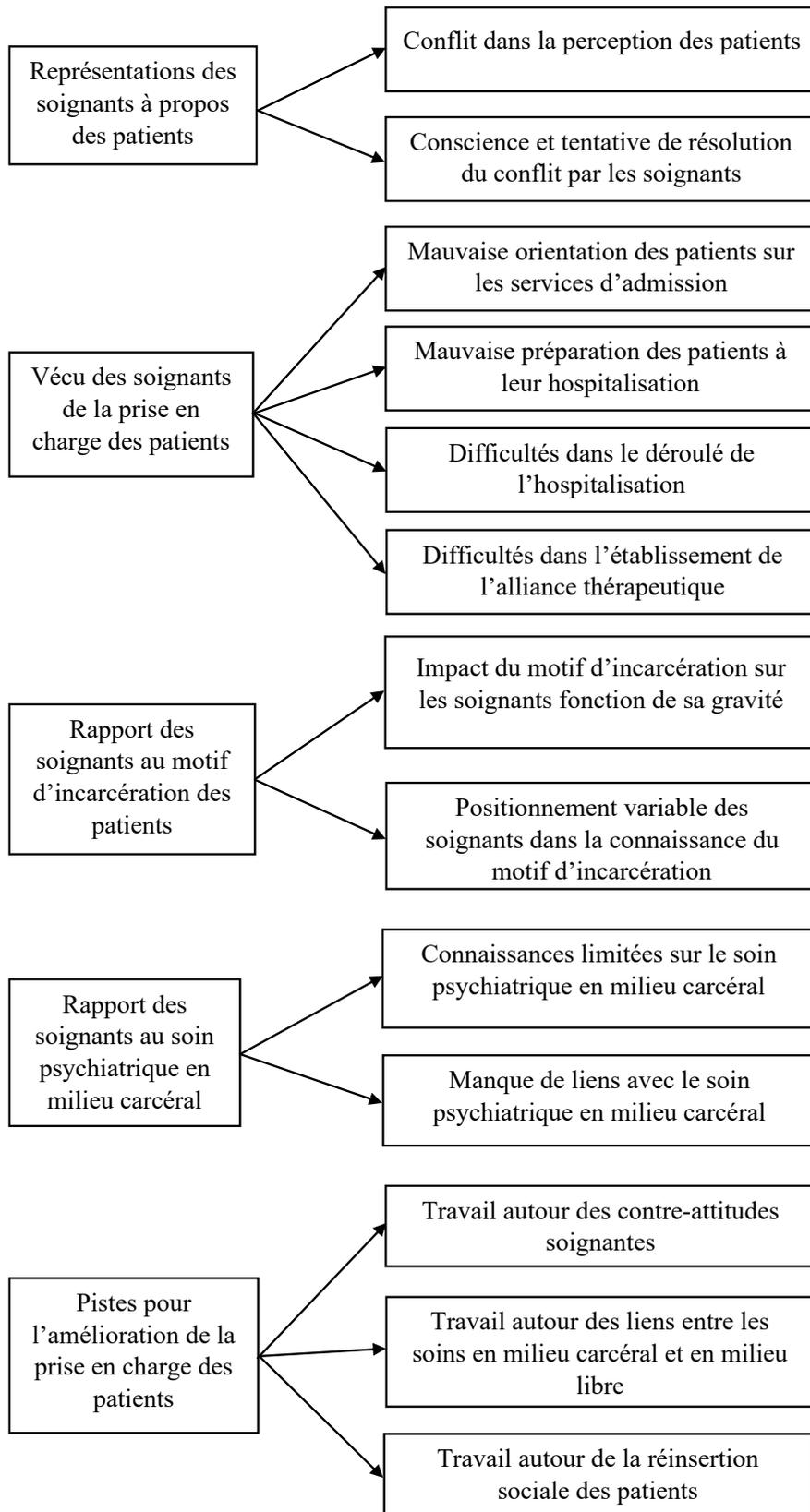
Annexe 2 :

Grille d'entretien

Questions principales	Questions de relance
Que pouvez-vous me dire des patients hospitalisés en psychiatrie à leur sortie de prison ? > <i>exploration des représentations d'une façon générale</i>	Que pensez-vous de l'accueil de ces patients dans les services de psychiatrie ?
Pouvez-vous me décrire une situation qui vous a amenés à prendre en charge un patient à sa sortie de prison ?	Comment avez-vous trouvé le patient ? Comment le décririez-vous au sein du service ? Qu'avez-vous pensé de son attitude ? Auprès des soignants ? Auprès des patients ? Comment avez-vous vécu sa prise en charge? (émotions, pensées, images, attitudes) Comment décririez-vous vos rapports avec lui ? Quel était l'état du service au cours de sa prise en charge ? Dans quelles conditions avez-vous travaillé auprès de ce patient ?
> <i>exploration des représentations à partir d'une situation vécue (patient/soignant/service/ motif d'incarcération)</i>	Connaissiez-vous le motif d'incarcération du patient ? Comment en avez-vous eu connaissance ? Pensez-vous que cela a pu avoir un impact ?
Quelles sont vos connaissances sur le soin psychiatrique en milieu carcéral ? > <i>Formation des soignants</i>	Que savez-vous du parcours du patient psychiatrique en milieu carcéral ?
Que pensez-vous de l'articulation entre le soin psychiatrique en milieu carcéral et en milieu libre ? > <i>Communication psychiatrie en milieu carcéral et en milieu libre</i>	Comment décririez-vous les rapports entre les services psychiatriques en milieu carcéral et en milieu libre ?
Selon vous, quels sont les points à adapter pour améliorer la prise en charge des patients en psychiatrie à leur sortie de prison ? > <i>Pistes d'amélioration de la prise en charge des patients</i>	
Selon vous, quels sont les points à adapter pour aider les soignants en psychiatrie dans la prise en charge de ces patients ? > <i>Pistes d'amélioration de la formation des soignants</i>	

Annexe 3 :

Arbre thématique schématique



**PATIENTS HOSPITALISÉS EN PSYCHIATRIE À LEUR SORTIE DE PRISON :
ÉTUDE QUALITATIVE SUR LE VÉCU DES SOIGNANTS**

Résumé :

Les individus souffrant de troubles mentaux avec un passé carcéral ont la particularité d'éveiller de nombreuses représentations inquiétantes qui rendent leur prise en charge complexe. L'objectif de cette étude qualitative est d'explorer le vécu de soignants en psychiatrie auprès de patients hospitalisés à leur sortie de prison en utilisant l'analyse thématique. Les résultats montrent un conflit dans leur perception des patients qui sont abordés tantôt comme des criminels, tantôt comme des malades, ainsi qu'une défiance réciproque entravant la relation soignant-soigné. Leurs recours face à ces difficultés sont l'expérience professionnelle accumulée et leur connaissance plus ou moins approfondie du motif d'incarcération, en fonction de leur sensibilité à sa gravité. Les soignants abordent également leur perception des améliorations à apporter à la prise en charge de ces patients ; au vu des résultats, il semble de nécessaire de lutter contre les représentations négatives au moyen de formations et de supervisions des équipes soignantes, d'améliorer la communication entre les soins en milieu carcéral et en milieu libre ainsi que de favoriser le travail autour de la réinsertion sociale de ces individus.

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialisée clinique

MOTS-CLÉS : psychiatrie adulte, étude qualitative, analyse thématique, vécu des soignants, patients sortant de prison, dangerosité, peur, relation soignant-soigné, motif d'incarcération

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

Directeur de thèse : Dr Raphaël CARRÉ

**PATIENTS HOSPITALIZED IN PSYCHIATRY UPON RELEASE FROM PRISON :
QUALITATIVE STUDY ON THE EXPERIENCE OF CAREGIVERS**

Abstract :

Individuals suffering from mental disorders with a prison past have the particularity of awakening many disturbing representations that make their care complex. The objective of this qualitative study is to explore the experiences of psychiatric caregivers with hospitalized patients upon their release from prison using thematic analysis. The results show a conflict in their perception of patients who are treated sometimes as criminals and sometimes as patients, as well as a mutual mistrust that hinders the caregiver-patient relationship. Their recourse in the face of these difficulties is their accumulated professional experience and their more or less in-depth knowledge of the reason for incarceration, depending on their sensitivity to its seriousness. Caregivers also address their perception of the improvements to be made in the care of these patients ; in view of the results, it seems necessary to combat negative representations by means of training and supervision of the care teams, to improve communication between care in prison and in the open environment, and to promote work on the social reintegration of these individuals.

KEYWORDS : adult psychiatry, qualitative study, thematic analysis, caregivers' experiences, patients released from prison, dangerousness, fear, caregiver-patient relationship, reason for incarceration

AUTRICE : Gabrielle GACH

TITRE : Patients hospitalisés en psychiatrie à leur sortie de prison : étude qualitative sur le vécu des soignants

DIRECTEUR DE THÈSE : Dr Raphaël CARRÉ

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialisée clinique

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : Faculté de médecine Toulouse-Purpan le 16 octobre 2020

RÉSUMÉ : Les individus souffrant de troubles mentaux avec un passé carcéral ont la particularité d'éveiller de nombreuses représentations inquiétantes qui rendent leur prise en charge complexe. L'objectif de cette étude qualitative est d'explorer le vécu de soignants en psychiatrie auprès de patients hospitalisés à leur sortie de prison en utilisant l'analyse thématique. Les résultats montrent un conflit dans leur perception des patients qui sont abordés tantôt comme des criminels, tantôt comme des malades, ainsi qu'une défiance réciproque entravant la relation soignant-soigné. Leurs recours face à ces difficultés sont l'expérience professionnelle accumulée et leur connaissance plus ou moins approfondie du motif d'incarcération, en fonction de leur sensibilité à sa gravité. Les soignants abordent également leur perception des améliorations à apporter à la prise en charge de ces patients ; au vu des résultats, il semble de nécessaire de lutter contre les représentations négatives au moyen de formations et de supervisions des équipes soignantes, d'améliorer la communication entre les soins en milieu carcéral et en milieu libre ainsi que de favoriser le travail autour de la réinsertion sociale de ces individus.

MOTS-CLÉS : psychiatrie adulte, étude qualitative, analyse thématique, vécu des soignants, patients sortant de prison, dangerosité, peur, relation soignant-soigné, motif d'incarcération

TITLE : Patients hospitalized in psychiatry upon release from prison : qualitative study on the experience of caregivers

ABSTRACT : Individuals suffering from mental disorders with a prison past have the particularity of awakening many disturbing representations that make their care complex. The objective of this qualitative study is to explore the experiences of psychiatric caregivers with hospitalized patients upon their release from prison using thematic analysis. The results show a conflict in their perception of patients who are treated sometimes as criminals and sometimes as patients, as well as a mutual mistrust that hinders the caregiver-patient relationship. Their recourse in the face of these difficulties is their accumulated professional experience and their more or less in-depth knowledge of the reason for incarceration, depending on their sensitivity to its seriousness. Caregivers also address their perception of the improvements to be made in the care of these patients ; in view of the results, it seems necessary to combat negative representations by means of training and supervision of the care teams, to improve communication between care in prison and in the open environment, and to promote work on the social reintegration of these individuals.

KEYWORDS : adult psychiatry, qualitative study, thematic analysis, caregivers' experiences, patients released from prison, dangerousness, fear, caregiver-patient relationship, reason for incarceration
