

**UNIVERSITE TOULOUSE III – PAUL SABATIER  
FACULTES DE MEDECINE**

---

ANNEE 2014

2014 TOU3 1515

**THESE**

**POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

**MEDECINE SPECIALISEE CLINIQUE**

Présentée et soutenue publiquement

par

**Bénédicte JULLIAN**

le 07 avril 2014

**Approche descriptive du profil et du parcours de soin des  
patients admis à l'Unité Hospitalière Spécialement  
Aménagée de Toulouse en 2012**

Directeur de thèse : Dr Nicolas JOB

**JURY**

Monsieur le Professeur Laurent SCHMITT	Président
Monsieur le Professeur Jean-Louis SENON	Assesseur
Monsieur le Professeur Christophe ARBUS	Assesseur
Monsieur le Docteur Radoine HAOUI	Assesseur
Madame le Docteur Anne-Hélène MONCANY	Suppléant
Monsieur le Docteur Nicolas JOB	Invité



**UNIVERSITE TOULOUSE III – PAUL SABATIER  
FACULTES DE MEDECINE**

---

ANNEE 2014

2014 TOU3 1515

**THESE**

**POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

**MEDECINE SPECIALISEE CLINIQUE**

Présentée et soutenue publiquement

par

**Bénédicte JULLIAN**

le 07 avril 2014

**Approche descriptive du profil et du parcours de soin des  
patients admis à l'Unité Hospitalière Spécialement  
Aménagée de Toulouse en 2012**

Directeur de thèse : Dr Nicolas JOB

**JURY**

Monsieur le Professeur Laurent SCHMITT	Président
Monsieur le Professeur Jean-Louis SENON	Assesseur
Monsieur le Professeur Christophe ARBUS	Assesseur
Monsieur le Docteur Radoine HAOUI	Assesseur
Madame le Docteur Anne-Hélène MONCANY	Suppléant
Monsieur le Docteur Nicolas JOB	Invité



**TABLEAU du PERSONNEL HU**  
**des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier**  
**au 1<sup>er</sup> septembre 2013**

**Professeurs Honoraires**

Doyen Honoraire	M. LAZORTES Y.	Professeur Honoraire	Mme PUEL J.
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. GOUZI
Professeur Honoraire	M. COMMANAY	Professeur Honoraire associé	M. DUTAU
Professeur Honoraire	M. CLAUX	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. PASCAL
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. BAYARD
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. FABIÉ
Professeur Honoraire	M. SARRASIN	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. GALINIER	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. BASTIDE	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. GAUBERT	Professeur Honoraire	M. LAZORTES F.
Professeur Honoraire	M. GUILHEM	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	M. GARRIGUES	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. BARRET
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD	Professeur Honoraire	M. RIBOT
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE	Professeur Honoraire	M. DURAND
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. RAILHAC

**Professeurs Émérites**

Professeur JUSKIEWENSKI	Professeur JL. ADER
Professeur LARROUY	Professeur Y. LAZORTES
Professeur ALBAREDE	Professeur L. LARENG
Professeur CONTÉ	Professeur F. JOFFRE
Professeur MURAT	Professeur J. CORBERAND
Professeur MANELFE	Professeur B. BONEU
Professeur LOUVET	Professeur H. DABERNAT
Professeur SARRAMON	Professeur M. BOCCALON
Professeur CARATERO	Professeur B. MAZIERES
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur E. ARLET-SUAU
Professeur COSTAGLIOLA	Professeur J. SIMON

**P.U. - P.H.**

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ADOUE D.	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR J.	Thérapeutique
M. ARNE J.L. (C.E)	Ophthalmologie
M. ATTAL M. (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU H	Hématologie, transfusion
M. BLANCHER A.	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVILLE P.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY J.P.	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT D.	Neurologie
M. BROUSSET P. (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUGAT R. (C.E)	<i>Cancérologie</i>
M. CARRIE D.	Cardiologie
M. CHAP H. (C.E)	Biochimie
M. CHAUVEAU D.	Néphrologie
M. CHOLLET F. (C.E)	Neurologie
M. CLANET M. (C.E)	Neurologie
M. DAHAN M. (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DEGUINE O.	O. R. L.
M. DUCOMMUN B.	Cancérologie
M. FERRIERES J.	Epidémiologie, Santé Publique
M. FRAYSSE B. (C.E)	O.R.L.
M. IZOPET J. (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT L.	Anatomie Pathologique
M. LANG T.	Biostatistique Informatique Médicale
M. LANGIN D.	Nutrition
M. LAUQUE D.	Médecine Interne
M. LIBLAU R.	Immunologie
M. MAGNAVAL J.F	Parasitologie
M. MALAUAUD B.	Urologie
M. MANSAT P.	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU B.	Maladies Infectieuses
M. MONROZIES X.	Gynécologie Obstétrique
M. MONTASTRUC J.L. (C.E)	Pharmacologie
M. MOSCOVICI J.	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique
Mme MOYAL E.	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI F.	Gériatrie
M. OLIVES J.P. (C.E)	Pédiatrie
M. OSWALD E.	Bactériologie-Virologie
M. PARINAUD J.	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PERRET B (C.E)	Biochimie
M. POURRAT. J	Néphrologie
M. PRADERE B.	Chirurgie générale
M. QUERLEU D (C.E)	Cancérologie
M. RASCOL O.	Pharmacologie
M. RISCHMANN P. (C.E)	Urologie
M. RIVIERE D. (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY J.	Chirurgie Infantile
M. SALLES J.P.	Pédiatrie
M. SERRE G. (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON N.	Médecine Légale
M. VINEL J.P. (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie

**P.U. - P.H.**

2ème classe

Mme BEYNE-RAUZY O.	Médecine Interne
M. BIRMES Ph.	Psychiatrie
M. BROUCHET L.	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BUREAU Ch	Hépto-Gastro-Entéro
M. CALVAS P.	Génétique
M. CARRERE N.	Chirurgie Générale
Mme CASPER Ch.	Pédiatrie
M. CHAIX Y.	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER S.	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. COGNARD C.	Neuroradiologie
M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. FOURCADE O.	Anesthésiologie
M. FOURNIE B.	Rhumatologie
M. FOURNIÉ P.	Ophthalmologie
M. GEERAERTS T.	Anesthésiologie et réanimation chir.
Mme GENESTAL M.	Réanimation Médicale
M. LAROCHE M.	Rhumatologie
M. LAUWERS F.	Anatomie
M. LEOBON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. MAZIERES J.	Pneumologie
M. MOLINIER L.	Epidémiologie, Santé Publique
M. PARANT O.	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE J.	Neurologie
M. PATHAK A.	Pharmacologie
M. PAUL C.	Dermatologie
M. PAYOUX P.	Biophysique
M. PAYRASTRE B.	Hématologie
M. PORTIER G.	Chirurgie Digestive
M. PERON J.M.	Hépto-Gastro-Entérologie
M. RECHER Ch.	Hématologie
M. RONCALLI J.	Cardiologie
M. SANS N.	Radiologie
Mme SELVES J.	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SOL J-Ch.	Neurochirurgie

**P.U.**

M. OUSTRIC S.	Médecine Générale
---------------	-------------------

**P.U. - P.H.**  
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

**P.U. - P.H.**  
2ème classe

M. ACAR Ph.	Pédiatrie	M. ACCADBLE D F.	Chirurgie Infantile
M. ALRIC L.	Médecine Interne	Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
M. ARLET Ph. (C.E)	Médecine Interne	M. ARBUS Ch.	Psychiatrie
M. ARNAL J.F.	Physiologie	M. BERRY A.	Parasitologie
Mme BERRY I.	Biophysique	M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BOUTAULT F. (C.E)	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale	M. BROUCHET L.	Chir. Thoracique et cardio-vasculaire
M. BUSCAIL L.	Hépatogastro-entérologie	M. BUJAN L.	Uro-Andrologie
M. CANTAGREL A.	Rhumatologie	Mme BURA-RIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CARON Ph. (C.E)	Endocrinologie	M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CHAMONTIN B. (C.E)	Thérapeutique	M. CHAUFOUR X.	Chirurgie Vasculaire
M. CHAVOIN J.P. (C.E)	Chirurgie Plastique et Reconstructive	M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. CHIRON Ph.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. DELOBEL P.	Maladies Infectieuses
Mme COURTADE SAIDI M.	Histologie Embryologie	M. COURBON	Biophysique
M. DELABESSE E.	Hématologie	M. DAMBRIN C.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
Mme DELISLE M.B. (C.E)	Anatomie Pathologique	M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadaptation
M. DIDIER A.	Pneumologie	M. DECRAMER S.	Pédiatrie
M. ESCOURROU J. (C.E)	Hépatogastro-entérologie	M. DELORD JP.	Cancérologie
M. FOURTANIER G. (C.E)	Chirurgie Digestive	M. ELBAZ M.	Cardiologie
M. GALINIER M.	Cardiologie	M. GALINIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GERAUD G.	Neurologie	M. GARRIDO-STÓWHAS I.	Chirurgie Plastique
M. GLOCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire	Mme GOMEZ-BROUCHET A.	Anatomie Pathologique
M. GRAND A. (C.E)	Epidémiol. Eco. de la Santé et Prévention	M. GOURDY P.	Endocrinologie
Mme HANAIRE H.	Endocrinologie	M. GROLLEAU RAOUX J.L.	Chirurgie plastique
M. LAGARRIGUE J. (C.E)	Neurochirurgie	Mme GUIMBAUD R.	Cancérologie
M. LARRUE V.	Neurologie	M. HUYGHE E.	Urologie
M. LAURENT G. (C.E)	Hématologie	M. KAMAR N.	Néphrologie
M. LEVADE T.	Biochimie	M. LAFOSSE JM.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. MALECAZE F. (C.E)	Ophthalmologie	M. LEGUEVAQUE P.	Chirurgie Générale et Gynécologique
Mme MARTY N.	Bactériologie Virologie Hygiène	M. MARQUE Ph.	Médecine Physique et Réadaptation
M. MASSIP P.	Maladies Infectieuses	Mme MAZEREEUW J.	Dermatologie
M. PESSEY J.J. (C.E)	O. R. L.	M. MINVILLE V.	Anesthésiologie Réanimation
M. PLANTE P.	Urologie	M. MUSCARI F.	Chirurgie Digestive
M. RAYNAUD J-Ph.	Psychiatrie Infantile	M. OTAL Ph.	Radiologie
M. REME J.M.	Gynécologie-Obstétrique	M. ROLLAND Y.	Gériatrie
M. RITZ P.	Nutrition	M. ROUX F.E.	Neurochirurgie
M. ROCHE H. (C.E)	Cancérologie	M. SAILLER L.	Médecine Interne
M. ROSTAING L (C.E).	Néphrologie	M. SOULAT J.M.	Médecine du Travail
M. ROUGE D. (C.E)	Médecine Légale	M. TACK I.	Physiologie
M. ROUSSEAU H.	Radiologie	M. VAYSSIERE Ch.	Gynécologie Obstétrique
M. SALVAYRE R. (C.E)	Biochimie	M. VERGEZ S.	O.R.L.
M. SAMII E K. (C.E)	Anesthésiologie Réanimation	Mme URO-COSTE E.	Anatomie Pathologique
M. SCHMITT L. (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD J.M.	Pharmacologie		
M. SERRANO E. (C.E)	O. R. L.		
M. SOULIE M.	Urologie		
M. SUC B.	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER M.T.	Pédiatrie		
M. VELLAS B. (C.E)	Gériatrie		

**M.C.U. - P.H.**

M. APOIL P. A	Immunologie
Mme ARNAUD C.	Epidémiologie
M. BIETH E.	Génétique
Mme BONGARD V.	Epidémiologie
Mme CASPAR BAUGUIL S.	Nutrition
Mme CASSAING S.	Parasitologie
Mme CONCINA D.	Anesthésie-Réanimation
M. CONGY N.	Immunologie
Mme COURBON	Pharmacologie
Mme DAMASE C.	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY I.	Physiologie
Mme DELMAS C.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme DE-MAS V.	Hématologie
M. DUBOIS D.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme DUGUET A.M.	Médecine Légale
Mme DULY-BOUHANICK B.	Thérapeutique
M. DUPUI Ph.	Physiologie
Mme FAUVEL J.	Biochimie
Mme FILLAUX J.	Parasitologie
M. GANTET P.	Biophysique
Mme GENNERO I.	Biochimie
Mme GENOUX A.	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDI S.	Biochimie
Mme HITZEL A.	Biophysique
M. IRIART X.	Parasitologie et mycologie
M. JALBERT F.	Stomato et Maxillo Faciale
M. KIRZIN S	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE M.	Pharmacologie
M. LAURENT C.	Anatomie Pathologique
Mme LE TINNIER A.	Médecine du Travail
M. LOPEZ R.	Anatomie
M. MONTOYA R.	Physiologie
Mme MOREAU M.	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD F.	Physiologie
Mme PRERE M.F.	Bactériologie Virologie
Mme PUISSANT B.	Immunologie
Mme RAGAB J.	Biochimie
Mme RAYMOND S.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY F.	Biochimie
Mme SAUNE K.	Bactériologie Virologie
M. SOLER V.	Ophthalmologie
M. TAFANI J.A.	Biophysique
M. TREINER E.	Immunologie
Mme TREMOLLIERES F.	Biologie du développement
M. TRICOIRE J.L.	Anatomie et Chirurgie Orthopédique
M. VINCENT C.	Biologie Cellulaire

**M.C.U. - P.H.**

Mme ABRAVANEL F.	Bactério. Virologie Hygiène
Mme ARCHAMBAUD M.	Bactério. Virologie Hygiène
M. BES J.C.	Histologie - Embryologie
M. CAMBUS J.P.	Hématologie
Mme CANTERO A.	Biochimie
Mme CARFAGNA L.	Pédiatrie
Mme CASSOL E.	Biophysique
Mme CAUSSE E.	Biochimie
M. CHASSAING N.	Génétique
Mme CLAVE D.	Bactériologie Virologie
M. CLAVEL C.	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN L.	Cytologie
M. CORRE J.	Hématologie
M. DEDOUIT F.	Médecine Légale
M. DELPLA P.A.	Médecine Légale
M. EDOUARD T	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Y.	Médecine du travail
Mme ESCOURROU G.	Anatomie Pathologique
Mme GALINIER A.	Nutrition
Mme GARDETTE V.	Epidémiologie
M. GASO D.	Physiologie
Mme GRARE M.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER C.	Anatomie Pathologique
Mme INGUENEAU C.	Biochimie
M. LAHARRAGUE P.	Hématologie
M. LEANDRI R.	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE B.	Biostatistique
M. MARCHEIX B.	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mme MAUPAS F.	Biochimie
M. MIEUSSET R.	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme PERIQUET B.	Nutrition
Mme PRADDAUDE F.	Physiologie
M. RIMAILHO J.	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES M.	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET A.	Pharmacologie
M. TKACZUK J.	Immunologie
M. VALLET P.	Physiologie
Mme VEZZOSI D.	Endocrinologie

**M.C.U.**

M. BISMUTH S.	Médecine Générale
Mme ROUGE-BUGAT ME	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr STILLMUNKES A.  
Dr BRILLAC Th.  
Dr ABITTEBOUL Y.

Dr ESCOURROU B.  
Dr BISMUTH M.  
Dr BOYER P.  
Dr ANE S.

# REMERCIEMENTS

## À notre Président de Thèse

Monsieur le Professeur Laurent SCHMITT, pour l'honneur que vous nous faites de présider ce jury et de juger ce travail. Nous avons eu la chance de bénéficier de la qualité de votre enseignement tout au long de nos études. Nous avons apprécié vos qualités humaines et votre disponibilité. Veuillez trouver dans ce modeste travail l'expression de notre gratitude et de notre profond respect.

## **A notre jury**

Monsieur le Professeur Jean-Louis SENON, pour nous avoir fait l'immense honneur d'accepter de participer à ce jury de thèse et de juger ce travail. Nous vous savons gré de l'intérêt que vous portez à cette thèse. La richesse et la qualité de vos travaux nous ont accompagnés tout au long de l'élaboration de ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de notre profond respect.

Monsieur le Professeur Christophe ARBUS, pour l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de siéger dans le jury de notre thèse et pour l'intérêt que vous portez à ce sujet. Nous vous remercions pour la qualité de vos enseignements et votre disponibilité tout au long de notre internat. Soyez assuré de toute notre considération et de notre reconnaissance.

Monsieur le Docteur Radoine HAOUI, pour l'honneur que vous m'avez fait en acceptant de siéger dans ce jury. J'ai eu la chance et l'honneur d'apprendre auprès de vous. Vos qualités humaines et professionnelles, ainsi que votre engagement au quotidien sont un exemple pour moi. Je tiens à vous remercier pour votre disponibilité et votre soutien tout au long de ces années d'études. Veuillez trouver ici le témoignage de ma sincère estime et de ma reconnaissance.

Madame le Docteur Anne-Hélène MONCANY, pour la joie que tu m'as fait en acceptant de siéger dans le jury de ma thèse. Pour avoir éclairé nombre de mes choix tout au long de mon internat et avoir accompagné l'élaboration de ce travail avec intérêt. Tout au long de ce dernier stage d'interne, j'ai beaucoup apprécié la finesse de ton sens clinique, ton souci de rigueur et tes qualités en matière de pédagogie. J'ai eu beaucoup de plaisir à travailler avec toi. Sois assurée de ma reconnaissance et de mon amitié.

## **À mon Directeur de Thèse**

Monsieur le Docteur Nicolas JOB, pour m'avoir accordé ta confiance et avoir accepté de m'accompagner à chaque étape de ce travail, pour ton soutien et ta bienveillance. Tes compétences et tes qualités de clinicien sont un enseignement pour moi au quotidien, ton approche inspire déjà ma pratique et j'espère continuer à bénéficier longtemps de ton expérience et de tes conseils. Tu as éveillé en moi un réel intérêt pour la pratique en milieu pénitentiaire dès mon troisième semestre d'interne. Je tiens à te remercier sincèrement pour les valeurs et l'engagement professionnel dont tu fais preuve au quotidien. Que ce modeste travail puisse te témoigner toute ma reconnaissance, mon estime et mon amitié.

# Merci

À **Louis**, pour nos aventures extraordinaires passées et à venir, pour ton soutien au quotidien et ton infinie patience tout au long de la réalisation de ce travail. Pour ton amour et ton sourire qui illuminent ma vie chaque jour un peu plus.

À **mes parents**, sans qui rien de tout ça n'aurait été possible, pour leur amour, pour les valeurs qu'ils m'ont transmises, pour leur soutien inconditionnel notamment tout au long de mes études et pour m'avoir permis de faire ce merveilleux métier.

À **ma sœur**, Mathilde, pour ton soutien actif et tes conseils bienveillants durant toutes mes études. À mon beau-frère David, à Evaelle et Jean mes neveux que j'ai tant de bonheur à voir grandir.

À **mes frères**, Pierre et Jean-Ba, pour votre confiance et votre soutien tout au long de ces années d'études. Pour notre complicité et tous les bons moments partagés ici et au bout du monde, passés et à venir.

À **ma belle famille**, pour m'avoir accueillie si chaleureusement, pour votre gentillesse, votre soutien actif et votre bienveillance tout au long de mon internat.

À **mes grands-parents**, pour leur amour, pour les valeurs qu'ils m'ont transmises, pour leur soutien et leurs encouragements tout au long de ces années d'études.

À **Grand-Pierre et Thérèse**, pour leur bienveillance constante, leur soutien permanent tout au long de ma vie, pour avoir su éclairer mes choix et sans qui je ne serais probablement pas arrivée jusque-là aujourd'hui, merci pour leur aide active dans la finalisation de ce travail et pour leurs conseils avisés.

À **mes amis**, co-externes, co-internes, ou infirmiers, rencontrés au détour d'un stage et qui sont devenus bien plus que des collègues de travail : Steph, nos débriefs sont trop rares mais essentiels, Dr Bascoul, Comment ça va ? , Geoffroy pour tes encouragements et tes précieux conseils, Bapp's, Juju, Clem, pour tout ce que nous avons partagé, pour tous ces bons moments de complicité passés pendant mon internat, pour votre confiance, votre bienveillance et votre soutien.

À mes amies de toujours, les KARAS, pas de mot parce que KARAS pour un jour... Popo, Rikette, Séveu, Clo, Lucie et Tort.

À Polou pour ton soutien et ta bienveillance constante tout au long de ces années.

À Manue, pour tout ce que l'on partage et qui nous réunit, notre lien est si précieux.

À la mémoire de Mémie, qui garde une grande place dans mon cœur.

À tous ceux qui comptent pour moi, mes amis d'ici et d'ailleurs.

À Monsieur le Docteur Gérard Laurencin, pour son enseignement, ses valeurs et son engagement professionnel, pour m'avoir permis de découvrir la richesse de l'exercice de la psychiatrie en milieu pénitentiaire. Votre soutien et vos conseils tout au long de ce travail m'ont été d'une aide précieuse. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

À tous les médecins, qui, en acceptant de participer à mon étude, ont permis sa réalisation.

À l'ensemble de l'équipe du DIM du Centre Hospitalier Gérard Marchant pour son aide technique et logistique.

À l'ensemble des médecins du pôle, pour leurs précieux conseils, l'intérêt qu'ils ont manifesté pour mon travail et leur soutien au quotidien, Céline, Benoît, Maxime, Cathy, Benjamin, Didier, Walter et Antoine.

À tous ceux qui ont participé de près ou de loin à l'élaboration de ce travail, en particulier Marie-Françoise, pour ta disponibilité, les nombreux services rendus et pour avoir su me redonner le sourire à chaque fois que j'ai douté, à Suzanne et Jacques pour leur maîtrise des langues anglaises et françaises, à Hélène Colineaux pour ses compétences en biostatistiques et Lucille Moutet pour sa disponibilité et ses compétences en documentation.

À toutes les équipes qui m'ont accueillie en stage durant mon internat :

- Aux services des **urgences psychiatriques** du CHU de TOULOUSE, en particulier aux équipes qui ont accompagné mes premiers pas en psychiatrie, aux médecins qui ont su me guider avec une grande bienveillance, Valérie, Chloé, Etienne, et Raphaël.
- À l'ancien service **UF3 de Casselardit**, à son équipe soudée et son accueil chaleureux.
- Aux équipes du **SMPR** de Seysses, de l'antenne de Muret, celle d'hier et celle d'aujourd'hui. Vous avez su me faire partager votre intérêt et votre passion pour cette facette si particulière de la psychiatrie. Merci pour tout ce que vous m'avez appris et pour le travail exceptionnel que vous réalisez au quotidien avec tant de conviction. J'ai eu un grand plaisir à travailler avec vous.
- A l'équipe de l'**APJA** de La Grave, chaleureuse et investie, merci pour votre accueil.
- Aux équipes de **pédopsychiatrie de Nouméa**, avec tous mes bons souvenirs.
- A l'équipe chaleureuse et dynamique du **CTB**, pour la qualité de leur travail et la bienveillance dont ils font preuve. J'ai beaucoup appris auprès de vous. Merci pour ce que vous faites, votre engagement au quotidien reste un enseignement pour moi, merci à Anjali de m'avoir permis de voir la crise autrement.
- A l'équipe motivée et sympathique du centre **DIDE** pour leur accueil chaleureux, leur soutien et leur patience : j'ai beaucoup apprécié de travailler avec chacun de vous. Mon choix professionnel s'est conforté auprès de vous.
- Aux équipes de l'**UHSA** de Toulouse, des deux ailes. Bravo pour le travail que vous réalisez au quotidien avec tant de dévouement, merci pour l'attention que vous avez porté à mon travail et merci pour l'accueil que vous m'avez réservé. C'est un réel plaisir de travailler avec vous au quotidien. Puisse ce travail témoigner modestement de toute la richesse et la complexité de cette clinique particulière que vous subliment au quotidien.

À tous ceux qui ont croisé mon chemin ou marché un peu avec moi tout au long de ma formation, à tous ceux qui m'ont transmis un peu de leur savoir et de leur passion.

Aux patients et à leurs familles, qui chaque jour, nous enseignent un peu plus sur la complexité de l'être et nous rappellent à l'humilité.

## SERMENT

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

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

*J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque".*

## TABLE DES MATIERES

<b>REMERCIEMENTS .....</b>	<b>8</b>
<b>SERMENT .....</b>	<b>15</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>18</b>
<b>PREMIERE PARTIE :</b>	
<b>L'UHSA DANS LE DISPOSITIF DE SOIN AUX PERSONNES DETENUES .....</b>	<b>19</b>
<b>1. APPROCHE HISTORIQUE DE LA PLACE DE LA FOLIE DANS LA SOCIETE ET DE SES RAPPORTS AVEC LA JUSTICE .....</b>	<b>20</b>
1.1. DANS L'ANTIQUITE .....	20
1.2. AU MOYEN ÂGE .....	23
1.3. À L'EPOQUE MODERNE .....	26
1.4. À L'EPOQUE CONTEMPORAINE : DE LA REVOLUTION A LA DEUXIEME GUERRE MONDIALE .....	30
<b>2. APRES 1945 : EMERGENCE DE LA PSYCHIATRIE EN MILIEU PENITENTIAIRE .....</b>	<b>36</b>
2.1. LA REFORME AMOR.....	36
2.2. LA CREATION DE SERVICES SPECIALISES .....	37
<b>3. UNE OFFRE DE SOIN QUI SE REVELE ETRE INSUFFISANTE .....</b>	<b>41</b>
3.1. FACE A L'INFLATION DE LA DEMANDE : EPIDEMIOLOGIE DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES DANS LES PRISONS FRANÇAISES.....	41
3.2. DENONCEE PAR DES RAPPORTS PREOCCUPANTS :.....	44
<b>4. 2002 : ACTE DE NAISSANCE DES UHSA .....</b>	<b>47</b>
4.1. LOI D'ORIENTATION ET DE PROGRAMMATION POUR LA JUSTICE .....	47
4.2. BASES METHODOLOGIQUES ET FONCTIONNEMENT D'UNE UHSA,.....	48
4.3. CAS PARTICULIER DE L'UHSA DE TOULOUSE .....	50
<b>5. ETAT DES LIEUX DE LA PSYCHIATRIE EN MILIEU PENITENTIAIRE EN FRANCE EN 2013.....</b>	<b>52</b>
5.1. LES DISPOSITIFS DE SOINS PSYCHIATRIQUES .....	52
5.2. SMPR : 26 ANTENNES .....	53
5.3. UHSA .....	53
5.4. FEVRIER 2014, RAPPORT DE LA COUR DES COMPTES .....	54
<b>DEUXIEME PARTIE :</b>	
<b>NOTRE ETUDE.....</b>	<b>55</b>
<b>1. JUSTIFICATION DE L'ETUDE.....</b>	<b>56</b>
<b>2. ETUDE RETROSPECTIVE : ANALYSE DES CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES ET PSYCHIATRIQUES DES PATIENTS ADMIS A L'UHSA DE TOULOUSE EN 2012 .....</b>	<b>57</b>
2.1. OBJECTIF DE L'ETUDE .....	57
2.2. MATERIELS ET METHODES.....	57
2.3. RECUEIL DE DONNEES.....	58
2.4. ANALYSE DES DONNEES.....	59
2.5. RESULTATS GENERAUX.....	61
2.6. RESULTATS EN FONCTION DU SEXE.....	72
2.7. SOUS GROUPES DIAGNOSTIQUES .....	76
2.8. DISCUSSION.....	79
<b>3. ETUDE PROSPECTIVE : ANALYSE DU DEVENIR A UN AN .....</b>	<b>86</b>
3.1. OBJECTIF DE L'ETUDE .....	86
3.2. MATERIELS ET METHODES.....	86
3.3. RECUEIL ET ANALYSE DE DONNEES.....	87
3.4. RESULTATS .....	87

3.5. DISCUSSION.....	91
<b>4. ANALYSE DES INDICATEURS CORRELES AU PARCOURS DES SOINS.....</b>	<b>93</b>
4.1. OBJECTIFS .....	93
4.2. MATERIEL ET METHODE .....	93
4.3. RESULTATS .....	94
4.4. DISCUSSION.....	96

### **TROISIEME PARTIE :**

#### **DISCUSSION ET PERSPECTIVES..... 97**

<b>1. LIMITES DE L'ETUDE .....</b>	<b>98</b>
1.1. BIAIS METHODOLOGIQUE .....	98
1.2. VALIDITE DE L'ETUDE .....	99
<b>2. UHSA, UNITE D'ADMISSION COMME UNE AUTRE ? .....</b>	<b>101</b>
2.1. COMPARAISON AVEC UN PAVILLON D'ADMISSION .....	101
2.2. LES QUESTIONS QUE POSENT LES UHSA.....	104
<b>3. PERSPECTIVES .....</b>	<b>108</b>
3.1. PROMOUVOIR LA COORDINATION DES SOINS AVEC LE RESEAU DE SOIN EN MILIEU LIBRE.....	108
3.2. LUTTER CONTRE LA STIGMATISATION DE CES PATIENTS.....	109
3.3. PERMETTRE L'IMPLICATION DES FAMILLES DANS LA PRISE EN CHARGE.....	111
3.4. ANTICIPER ET PREPARER LA SORTIE.....	112
3.5. MAINTENIR UNE ETHICO-VIGILANCE AUTOUR DE L'INDEPENDANCE DU SOIN ET DE SES MISSIONS FONDAMENTALES .....	113
<b>4. VIGNETTE CLINIQUE ILLUSTRATIVE.....</b>	<b>114</b>

#### **CONCLUSION..... 117**

#### **GLOSSAIRE..... 119**

#### **INDEX DES FIGURES ET TABLEAUX..... 121**

#### **ANNEXES..... 121**

#### **BIBLIOGRAPHIE..... 125**

## INTRODUCTION

La présence de malades mentaux dans les prisons est un constat préoccupant dans la plupart des pays occidentaux. En France la prise en charge de ces patients est dévolue aux secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire. Créés il y a 20 ans, ces secteurs ont vu récemment leur offre de soins s'étoffer d'Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA), dédiées à accueillir en hospitalisation complète les patients, avec ou sans leur consentement. C'est une évolution qui permet d'entrevoir l'amélioration de la qualité des soins dispensés à ces patients, mais qui ne doit pas faire l'économie d'une articulation étroite avec les secteurs de psychiatrie générale. Dans ce contexte de modification de l'organisation des soins en milieu pénitentiaire, qu'en est-il de la trajectoire de soin des usagers de ce secteur ?

Nous verrons dans une première partie comment la psychiatrie en milieu pénitentiaire s'est organisée, à la lumière de repères historiques retraçant l'évolution de la place du malade mental dans la société, et en particulier celui du statut complexe de malade mental auteur de délit ou de crime. Nous décrirons le contexte et les réflexions qui ont mené à la création de ces structures controversées. Puis nous évoquerons les bases méthodologiques du fonctionnement des UHSA.

La deuxième partie est consacrée à notre étude. Nous avons recensé rétrospectivement, sur la première année de fonctionnement, soit 2012, l'ensemble des patients ayant effectué l'intégralité d'une hospitalisation à l'UHSA de Toulouse. Nous décrirons les caractéristiques socio-démographiques et cliniques de cette population. Ensuite, nous compléterons ces données par l'apport d'une enquête auprès des professionnels de santé ayant orienté les patients vers l'UHSA, afin d'établir le devenir des prises en charge des patients une année après leur séjour. Nous nous efforcerons d'établir une description des personnes détenues hospitalisées à l'UHSA de Toulouse ainsi que l'inscription de ce séjour dans leur parcours de soins psychiatriques.

Les résultats de notre étude nous permettront ensuite d'étayer une réflexion sur la place de ces unités dans la trajectoire de soins des patients. A la lumière de nos résultats, nous nous interrogerons sur la manière d'améliorer la coordination et la continuité des soins. Les patients détenus, loin de voir résoudre leurs pathologies par effet de camisole carcérale, ont besoin de bénéficier comme à l'extérieur, et peut-être plus encore, de soins appropriés à leurs troubles mentaux. Et pour ceux qui trouvent, pour la première fois, durant leur incarcération, une réponse à leurs difficultés psychiques, comment accompagner la poursuite des soins en fin de peine ?

**PREMIERE PARTIE :**

**L'UHSA DANS LE DISPOSITIF DE SOIN AUX  
PERSONNES DETENUES**

# 1. Approche historique de la place de la folie dans la société et de ses rapports avec la justice

La considération de la folie est étroitement liée à l'histoire de la médecine, elle est intriquée au champ religieux, et intéresse depuis toujours la justice. La question de la responsabilité des malades mentaux traverse les périodes de l'histoire et s'ajuste à l'évolution de la société. L'approche du malade mental auteur de délits ou de crimes se heurte à deux paradigmes : la prise en compte de la maladie, avec la nécessité de soigner, et les préoccupations sociétales autour du jugement et de la punition, dans un mouvement de protection.

## 1.1. Dans l'Antiquité

La folie intéresse le philosophe, comme le médecin ou le religieux, déjà la question de l'irresponsabilité se pose, et la réponse tend à dédouaner de toute culpabilité le sujet dépourvu de raison. La pénologie en est à ses prémices, mais elle s'efforce de s'organiser.

### 1.1.1. La folie

Dans la civilisation babylonienne, comme dans l'Égypte ancienne, ce sont le plus souvent les lieux de cultes et les temples qui accueillent les malades, la folie porte l'empreinte de la faute, de la possession, son traitement associe châtement, pénitence et autres rituels religieux. L'aliéné est confié aussi bien au chaman qu'au médecin qui fait usage de sa pharmacopée.

Sous la Grèce antique, on retrouve également le modèle magico-religieux, sous l'influence de la médecine égyptienne. Les pèlerinages sont coutumiers, de nombreux sanctuaires sont dédiés à Asclépios, dieu de la médecine ou Hygie, déesse de la santé.

Dans la tradition judéo-chrétienne la folie est perçue comme un sort tragique d'origine divine ou diabolique. « *Pleure un mort il a perdu la lumière, pleure un insensé il a perdu l'esprit, pleure plus doucement le mort car il a trouvé le repos, pour l'insensé la vie est plus triste que la mort.* » *Ecclésiastique XXII, 11*

La dualité entre le bien et le mal donne une connotation morale à la folie. Les fous sont victimes d'exclusion, ils peuvent être chassés de la communauté, on leur attribue des pouvoirs surnaturels, pernicieux, relégués au ban de la cité ils donnent naissance au mythe de la lycanthropie (étymologie de l'homme-loup, qui donnera le loup-garou). [1]

Hippocrate au IV<sup>e</sup> siècle avant J-C, introduit une médecine plus rationnelle, différenciée de la philosophie, avec la théorie des humeurs. Il n'existe pas encore de différenciation des maladies entre le corps et l'esprit. La pathologie est liée à un déséquilibre des humeurs (dyscrasie). On lui doit les fondements de la déontologie médicale « *primum non nocere* », d'abord ne pas nuire.

Galien (129-210 après J-C) effectue un important travail de synthèse des influences antérieures, complétant la théorie humorale d'Hippocrate il décrit quatre tempéraments en lien avec les quatre corps (chaud, froid, sec et humide) et les quatre éléments (terre, air, feu, eau). Mais, l'une des toutes premières nosographies des maladies mentales, revient à Celse (au 1<sup>er</sup> siècle après J-C) qui décrit :

- la phrénitis ou frénésie : délire aigu fébrile
- la manie : agitation sans fièvre
- la mélancolie : trouble chronique sans agitation, ni fièvre

Il n'existe pas encore de préoccupations quant au traitement social de la folie, Caelius évoque la notion de ligature (au sens de contention), mais seulement à titre exceptionnel, de même il évoque l'enfermement, mais uniquement dans la sphère privée. Le fou reste l'affaire des religieux et de la cité. [2]

### 1.1.2. Le système pénal

En Égypte, le concept d'une folie rendant l'être absent à lui-même, lui ôte toute responsabilité. La racine du mot aliénation : *alienare* signifie rendu autre, étranger à soi, à l'autre, aux choses.

Platon dans le *Timée*, introduit une maladie propre à l'âme, qui serait la déraison ou la démence, il évoque déjà l'irresponsabilité légale pour cause de démence. « *La folie ou l'atteinte par les maladies, l'excès de vieillesse sont des excuses à un acte sans elles tenu pour criminel.* » Platon, livre IX.

Pour Hadrien (76-138 ap J-C) : « L'incapacité dolosive rend le crime non imputable aux impubères et aux fous », là aussi l'irresponsabilité est évoquée faute de volonté propre.

On voit apparaître dans le droit romain des jugements d'incapacité contre les fous dilapidateurs, « *parce que le furieux est suffisamment puni par sa maladie* » pour Marc Aurèle et parce que le fou, « *ne pouvant avoir d'intention, ne peut être coupable* » chez Ulpien. [3] Cependant l'irresponsabilité pénale pour cause de folie, sera rarement prise en compte pour les cas de grands crimes.

Le premier testament évoque les prémices d'une justice proportionnelle au délit :

« *Tu donneras vie pour vie, œil pour œil, dent pour dent, main pour main, pied pour*

*pied, brûlure pour brûlure, blessure pour blessure, meurtrissure pour meurtrissure ».*  
(Exode, XXI, 24-25)

Que ce soit à Rome, ou à Athènes la majorité des délits et des crimes est punie par une amende ou des coups. La loi du Talion, décrite dans le droit hébraïque (code d'Hammourabi vers 1750 av J-C), prévoit une réparation pécuniaire à hauteur des dommages subis par la victime, pour les auteurs de crime il préconise la mort. La sanction est corrélée au motif de la condamnation, par exemple on coupe la main au voleur, on brûle vif les incendiaires et on coupe la langue aux blasphémateurs. Les châtiments corporels ont l'utilité de marquer les esprits, en vue de prévenir la récidive par l'exemple.

*« Celui qui a souci de punir intelligemment ne frappe pas à cause du passé - car ce qui est fait est fait - mais en prévision de l'avenir, afin que ni le coupable ni les témoins de sa punition ne soient tentés de recommencer » Platon [4]*

La prison n'existe que pour retenir les individus mis en cause en attente de leur jugement, il s'agit d'un enfermement préventif, elle n'est pas la sanction elle-même. L'étymologie du mot prison renvoie d'ailleurs au participe passé du verbe prendre. Ulpien, juriste dont l'opinion fait loi chez les Romains, précise dans le *Digeste* : « La prison doit être employée pour retenir les hommes, non pour les punir » [5]

La peine de mort quant à elle, reste une peine d'exemplarité permettant à la fois une vertu éducative de dissuasion et également le moyen radical d'écarter définitivement le condamné de la communauté. Considérée comme indispensable, elle reste toutefois une stratégie de dernier recours. L'exil ou le bannissement lui sont préférés.

Dans l'Antiquité la folie perçue comme étant liée à la faute, au châtiment divin, demeure l'affaire des religieux et des sorciers. Les lieux de soins sont limités, ils se cantonnent à la sphère privée ou aux lieux de culte. Par contre la notion d'irresponsabilité apparue très tôt, en Égypte comme en Grèce, se précise avec l'évolution de la médecine à la fin de l'Antiquité, elle s'applique généralement dans le droit romain sous l'empereur philosophe Marc-Aurèle.

## 1.2. Au Moyen Âge

Le fou bénéficie de représentations plus ou moins péjoratives, s'octroyant parfois une place à la cour du roi, en vertu de ses qualités divertissantes et d'espièglerie. Il lui sera réservé un sort tragique à la fin du Moyen Âge, lorsque la figure de la folie s'incarne à travers la sorcellerie, synonyme de condamnation à mort. Parallèlement on voit apparaître l'enfermement dans le système pénal à visée préventive, plus que punitive.

### 1.2.1. La folie a plusieurs visages

Elle n'appartient pas véritablement au champ de la médecine, elle revêt de nombreux visages, au regard de la religion elle peut être perçue comme la manifestation du mal, une possession satanique, mais parfois aussi, elle est le trait d'une manifestation divine, objet de toutes les attentions. Vers la fin du Moyen Âge elle revêt un aspect ludique propice au divertissement avec la figure du bouffon, auquel on attribue extravagance, facétie, bizarrerie... sans oublier l'emblématique manifestation païenne à la gloire des fous, où toutes les excentricités sont permises.

Sur le plan médical cette période est peu évolutive en ce qui concerne les théories et les connaissances de la folie.

Trois types d'approche se dégagent :

- un mouvement apparenté à des prémices de psychologie avec Saint Augustin au V<sup>e</sup> s, il esquisse dans ses *Confessions* un mouvement d'introspection, évoquant l'angoisse liée à la folie, selon lui la maladie mentale est « *le cri de l'âme blessée* ». [6]
- l'héritage des médecins arabes, permet une approche plus organique des maladies mentales. Avicenne, médecin arabe du XI<sup>e</sup> s, est à l'origine de la première classification des maladies mentales avec le « *canon de la médecine* ».
- une approche naturaliste, avec Saint Thomas d'Aquin au cours du XIII<sup>e</sup> s, inspiré par les travaux d'Aristote et de Platon, où la folie se dégage de son empreinte surnaturelle pour trouver une origine organique. Il distingue deux formes de folie, celle dont l'origine serait somatique impliquant une irresponsabilité totale du sujet, l'autre résultant de passions immorales altérant la capacité à discerner le bien du mal. [7]

Les fous sont soit pris en charge par la communauté : religieuse ou autre, soit abandonnés. L'étymologie du mot fou nous renvoie au latin *follis*, qui donnera le *fol* du Moyen Âge, signifiant sac ou baudruche gonflé d'air, rebondissant au gré du vent.

Au nom de la charité et de l'assistance aux plus démunis, des hôpitaux (au sens d'un accueil hospitalier) naissent dans diverses fondations à partir du XIIe siècle, elles accueillent indifféremment : indigents, mendiants, errants et aliénés. Il s'agit de structures de petites tailles, hébergées par les hôtels-Dieu. Avec, peu à peu, une ébauche de prise en charge différenciée pour les aliénés : c'est le cas à l'Hôtel-Dieu de Paris où plusieurs lits spéciaux, dits « coffrés » sont réservés aux malades agités, certains disposent de sangles. [2][8]

Cependant peu de structures ont les moyens d'accueillir ce type de population, il faut attendre le XVe siècle pour voir apparaître les premières institutions spécialisées dans la prise en charge des aliénés : Bedlam en Angleterre par exemple. Ces structures disposent d'une certaine pharmacopée, mais les notions de prise en charge morale ou psychothérapeutique sont encore absentes.

La conviction de la folie comme punition divine reste très prégnante, la tradition des pèlerinages en témoigne, nombre de saints et sites religieux sont dédiés à la rédemption de la folie : Saint Mathurin étant le plus célèbre. Les termes « possédé et aliéné » sont superposables. Saint Thomas d'Aquin l'exprime : « *Le diable peut arrêter complètement l'usage de la raison en troublant l'imagination et l'appétit sensible, comme cela se voit chez les possédés* ». Le droit canon limite l'accès des insensés aux sacrements en particulier celui du mariage. C'est au Moyen Âge que l'on voit émerger la question de l'origine du suicide et de son attribution éventuelle à la folie. On lui impose cependant le même châtement que pour les crimes.

La fin du Moyen Âge avec l'Inquisition, se livre au procès de la sorcellerie, et avec elle, à celui de la théorie démoniaque de la folie. De nombreux bûchers sont allumés dans tout le pays suite à une ordonnance pontificale. [2]

### 1.2.2. Emergence de la prison

Saint Thomas d'Aquin travaille au développement du droit canon, il préconise des peines d'enfermement, dans les monastères, pour favoriser l'introspection et la pénitence. La peine de mort n'est pas envisagée par l'Eglise.

L'ordonnance criminelle de Saint-Germain-en-Laye (ou code Louis) du 26 août 1670 règle jusqu'à la Révolution les formes générales de la pratique pénale, avec plusieurs degrés de hiérarchisation : amende, blâme, châtements corporels (essentiellement le fouet), bannissement, galères et peine de mort. Les peines de tortures et les châtements corporels sont les plus utilisées, leurs exécutions sur la place publique permettent la dissuasion et sont aussi l'occasion de festivités populaires. [9]

La prison garde un statut d'enfermement préventif à l'exception des prisons d'état, régies par lettre de cachet, les plus célèbres : la Bastille, le Château d'If, Vincennes, avec déjà des

préconisations quant à la salubrité de ces structures, et la recommandation d'exclure les aliénés : « *voulons que les prisons soient saines et disposées en sorte que la santé des prisonniers n'en puisse être incommodée [...] les furieux ou les insensés n'ayant aucune volonté ne doivent pas être punis, l'étant assez de leur propre folie* ». [10]

La peine de mort conserve sa fonction d'ultime châtement, mais n'intervient pas avant que le criminel n'ait pu avoir l'occasion de se repentir. Cette sanction suprême n'est véritablement indiquée que pour les homicides volontaires et les offenses faites à Dieu : sorcellerie et hérésie. [11]

### 1.2.3. Quelle place pour le fou criminel

Le fou reste à la charge des familles, exception faite des fous « furieux ou criminels » qui sont enfermés dans les tours des remparts, nourris par l'Hôtel-Dieu de la ville. Ils peuvent rester reclus à vie dans une logique de protection de la communauté, meilleur rempart érigé contre la récidive. La Coutume de Normandie, LXXIX des « forcenés », en est un exemple, des peines de « longue prison », dont la durée n'est pas toujours déterminée, sont requises à titre répressif autant que préventif, ces forcenés, « *qui ne jouissent pas de la raison ou du bon sens de l'homme ordinaire* » sont retenus, à leurs frais, dans la tour des fous, par exemple : la porte St Pierre à Lille. [12]

Leur irresponsabilité est reconnue : selon la coutume de Beauvaisis (recueillie en 1283 par Philippe de Beaumanoir), « *Ils ne sont pas jugés comme les autres, car ils ne savent pas ce qu'ils font* ». [13] Un jugement d'incapacité peut être prononcé à l'encontre des fous n'étant plus libres de disposer de leurs biens. Mais les crimes d'une particulière cruauté, ou éveillant une émotion particulière dans la communauté restent passibles d'une punition fatale.

Au Moyen Âge si la folie peut être encore perçue comme une possession satanique, les approches psychologiques de Saint-Augustin, organiques d'Avicenne et naturalistes de Saint-Thomas d'Aquin ouvrent de nouvelles perspectives. Dans le contexte du développement de l'assistance aux plus démunis, la création d'hôpitaux qui accueillent entre autres les aliénés, permet une ébauche de prise en charge de plus en plus différenciée. Parallèlement des lieux de réclusion apparaissent dans les tours des remparts, réservés aux fous dangereux, furieux, ou criminel.

### 1.3. À l'époque moderne

Alors que la médecine progresse et tend à mettre en place un soin adapté pour les aliénés, le système punitif se décline et se précise. Des préoccupations humanistes accompagnent les évolutions respectives de l'enfermement à visée punitive, préventive ou thérapeutique.

#### 1.3.1. L'enfermement s'organise

- L'Hôpital général

Un édit de 1656 prévoit l'ouverture d'hôpitaux généraux, à la fois lieux d'assistance et d'enfermement. Cette mesure fait suite à plusieurs tentatives échouées d'enfermement, visant à empêcher la mendicité et l'oisiveté, repérées comme facteurs favorisant les désordres. Leur fonction initiale était d'accueillir les mendiants valides, et les indigents qui affluaient vers les villes. Il s'agissait d'établissements créés pour protéger les citoyens des indésirables, il existe alors une confusion entre les fous et les criminels. Ces lieux n'avaient aucune vocation à soigner, fonction qui restait allouée aux hôtels-Dieu. Cette période est qualifiée par Michel Foucault de « *Grand renfermement* ». [9]

- Les maisons de force

Les maisons de force ou de redressement créées en 1662, sont dédiées à la prise en charge des comportements déviants (mari alcoolique, veuve dépravée, adolescent violent,...) Elles sont considérées comme des lieux de sûreté. Les admissions sont réglées par lettre de cachet, le plus souvent sur sollicitation de la famille, l'ordonnance de placement émanant de l'autorité administrative. [2]

- Les dépôts de mendicité

La mendicité et le vagabondage, pourchassés en vain depuis le milieu du XIV<sup>e</sup> siècle, finissent par subir une terrible répression au XVIII<sup>e</sup> siècle. En 1765, l'État ouvre des dépôts de mendicité, accueillant les indésirables sans contrepartie financière, dans des conditions de détention dégradantes, tout type de population étant mélangé. Un quartier finit par être réservé aux insensés dans chaque dépôt de mendicité en 1785. Cependant les fous qui posaient problème dans ce type de structure sont peu à peu transférés vers l'hôpital général, celui de Bicêtre et de la Salpêtrière. [14]

### 1.3.2. La prison vient compléter les sanctions pénales

Il ne s'agit pas encore de prison pour peines, mais d'institutions dédiées à la rétention des individus accusés en attente d'un jugement. Sa fonction est préventive, sauf dans le cas de prisonniers de guerre ou politique. La peine prononcée est généralement d'un autre ordre, par exemple : supplices, exécutions, galères, bannissement... [15]

- Les supplices : parmi l'immense variété des afflictions corporelles, le choix est fonction du chef d'inculpation et du statut social de l'accusé ; leur vocation est la dissuasion par exposition sur la place publique. [9]
- Les galères : elles sont équivalentes aux travaux forcés, la main-d'œuvre est constituée de prisonniers volontaires et de condamnés à mort. Fermées sous le règne de Louis XV en 1748, les condamnés seront retenus à terre dans des bagnes.
- Les bagnes : ils peuvent être de deux types :
  - les premiers, maritimes ou arsenaux, sont situés en France métropolitaine (Toulon, Lorient). Ils sont consacrés à d'exécution de peines pour les vagabonds, déserteurs, voleurs, incendiaires...
  - les seconds, coloniaux (Guyane, Nouvelle-Calédonie) s'expandront sous le règne de Napoléon, ils sont réservés aux condamnés en fonction du type de condamnation (droit commun, politique, multirécidiviste). Les bagnes coloniaux disparaîtront définitivement en 1938. [16]
- La peine de mort reste d'actualité malgré les prémices du courant abolitionniste (Beccaria, Victor Hugo...), bien que considérée comme peu dissuasive, elle représente un moyen d'éliminer les criminels. Il s'agit toutefois de situations extrêmes donc rares. [11]
- Les prisons sont de toute petite taille, près de 10 000 en 1780, on les trouve dans les portes des villes, les tours de châteaux... Elles abritent non seulement les condamnés et les prévenus en attente de jugement, mais également les mendiants, les prostituées et autres vagabonds. À la fin du XVIIIe siècle, sous l'influence des lumières, un élan d'humanisation des prisons est engagé. Malesherbes, ancien ministre, entreprend d'améliorer les conditions de détention dans les prisons françaises comme l'alimentation, les conditions d'hygiène, l'ergonomie des locaux... [14]
- Le 22 mai 1799, un arrêté vient régler pour 50 ans le statut du prisonnier : 750 g de pain et de la soupe tous les jours, la fourniture d'habits aux indigents, des règles de discipline strictes, la limitation des communications avec l'extérieur, le recrutement de gardiens aux mœurs irréprochables et une visite hebdomadaire de l'administration municipale.

En 1764, Beccaria, à la fois philosophe, juriste et humaniste, s'interroge sur le sens de la peine et sa justification. Avec son ouvrage « *Des délits et des peines* », il va révolutionner la justice pénale en France, il y dénonce des lois injustes, et défend le principe d'égalité devant les lois, il réclame une correspondance entre les sanctions et les crimes, tout en s'opposant aux châtiments. Il propose un catalogue précis de peines en fonction des infractions commises. Il argumente la pertinence d'une peine d'emprisonnement. [17]

Toutefois la peine de mort, les bagnes, les travaux forcés restent d'actualité, la peine de prison est réservée aux infractions les plus légères. Dans cette perspective, des maisons d'arrêt et de la justice viennent remplacer les prisons ordinaires ; quant au dépôt de mendicité et autres maisons de force, ils prennent le nom de maison de correction.

L'insensé criminel, condamné à mort, pourra être gracié pour cause de folie, auquel cas il sera enfermé à vie pour prévenir tout risque de récidive. L'état de démence ne deviendra l'état d'irresponsabilité pénale qu'en 1791.

### 1.3.3. La prise en charge de la folie se précise

Au XVIIIe siècle, la folie se place au même rang que les autres maladies. L'hypothèse d'une curabilité de la folie permet l'étude de traitements physiques (saignées, fumigations, purgations, balancements) ou pharmacologiques.

Dufour publie en 1770 un « *Essai sur les opérations de l'entendement humain et des maladies qui les dérangent* », il est le premier médecin à s'intéresser réellement aux conditions d'internement, qu'il tentera de codifier avec des règles de respect et d'humanité. Tenon évoque l'idée révolutionnaire d'un asile dont les murs pourraient soigner, tenant lieu de « remède » en lui-même. [18]

Une commission d'enquête, dirigée par l'archevêque de Toulouse, Loménie de Brienne, évoque l'idée de placer les fous, les insensés, voire les épileptiques dans des hôpitaux qui leur seraient spécialement consacrés. L'inspection générale et permanente des hôpitaux civils et des maisons de force, dirigée par le docteur Colombier, préconise une amélioration des conditions d'hygiène et de vie. En 1785 paraît sur ordre du gouvernement : « *Instruction sur la manière de gouverner les Insensés, et de travailler à leur guérison dans les Asyles qui leur sont destinés* » qui place au centre des préoccupations de l'Etat la prise en charge des insensés.

La fin de l'Ancien Régime, fait un nouveau constat d'échec face à sa stratégie d'enfermement. Ceci permettra peu à peu une prise de conscience et l'émergence du souci d'Assistance Publique ; des projets de lieux spécifiques en fonction des pathologies sont imaginés. Ce courant philanthropique, porte plusieurs priorités, dont la nécessité de réformer les hôpitaux, les prisons, et l'assistance des insensés, avec une attention particulière aux conditions de prise en charge, sous-tendue par l'idée révolutionnaire que l'asile pourrait contenir et soulager.

## 1.4. À l'époque contemporaine : de la Révolution à la deuxième guerre mondiale

Porté par des valeurs humanistes et philanthropiques, un remaniement en profondeur vient s'opérer, en particulier concernant les modalités d'enfermement, mais aussi les traitements réservés aux détenus. On commence, dès 1790, par l'abolition des ordonnances royales d'enfermement par lettres de cachets, qui régissaient les maisons de force. Et on préconise « *la constatation médicale de l'état des personnes détenues pour cause de démence, afin de les élargir ou de les faire soigner dans les hôpitaux qui seront indiqués à cet effet.* » [7]

### 1.4.1. Naissance de la psychiatrie moderne

La clinique psychiatrique, se formalise avec Pinel et Esquirol, qui publient en 1801 le premier traité d'aliénation mentale. La dimension médico-légale de la maladie mentale est prise en compte. Chez Pinel, il y a d'abord l'affirmation neuve que la folie est une maladie et qu'elle relève de la médecine; le fou ne peut donc être ni puni, ni jugé, ni condamné. « *Les aliénés, loin d'être des coupables qu'il faut punir, sont des malades dont l'état pénible mérite tous les égards dus à l'humanité souffrante, et dont on doit rechercher par les moyens les plus simples à rétablir la raison égarée.* » [19][20]

Esquirol décrit en 1838 la classe des monomanies comme des folies partielles, telle la monomanie homicide : « *entraîné par un instinct aveugle, [...] par quelque chose d'indéfinissable qui le pousse à tuer, alors même que sa conscience l'avertit de l'horreur de l'acte qu'il va commettre, [...] l'homme est privé de la liberté morale, il est en proie à un délire partiel* ». [21] La notion d'incurabilité qui accompagne la monomanie homicide, va pousser certains philanthropes à prôner un enfermement à vie des aliénés criminels dans des asiles.

Le début du XX<sup>e</sup> siècle est marqué par le constat d'un nombre important de décès dans les institutions psychiatriques. Le nombre faible de guérisons vient remettre en question l'asile fermé. Déjà en 1896, Marandon de Montyel écrivait : « *à l'hygiène de l'isolement il faut substituer l'hygiène de la liberté* » mais ce n'est qu'en 1922, qu'une première expérience de service de psychiatrie ouvert est menée à l'initiative d'Edouard Toulouse. Le terme d'asile est ainsi remplacé par celui d'hôpital psychiatrique. Mais il faudra attendre la fin de la seconde guerre mondiale pour voir se métamorphoser radicalement le paysage de la psychiatrie en France.

#### 1.4.2. Législation autour de l'enfermement des aliénés

Dans la période de l'après Révolution, on voit émerger des articles de loi visant à contrôler, et ordonner la prise en charge des malades mentaux : par exemple en Juillet 1791 : une loi établit une peine à l'encontre de ceux qui laisseraient divaguer les aliénés. Le 17 septembre 1804 : une circulaire du ministre de l'intérieur Portalis, précise que les aliénés ne peuvent être détenus qu'en vertu du jugement des tribunaux, à la demande de la famille ou des autorités. En cas de dérivation pressentie par le juge au cours du procès, la saisie peut être demandée sur réquisition du magistrat, l'individu irresponsable est alors mené vers une procédure de séquestration à visée protectrice pour la société. [22]

En 1804, est promulgué le 1<sup>er</sup> Code civil, qui vient asseoir les principes fondamentaux relatifs à la protection des libertés individuelles et à la sécurité. Il est suivi quelques années plus tard du Code pénal de 1810, où il est précisé dans le livre II traitant « *des personnes punissables, excusables ou responsables, pour crimes ou pour délits* », à l'article 64, la notion d'irresponsabilité pénale pour les aliénés :

*« Il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au moment de l'action, ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister. »* [7]

Ainsi la folie constatée chez le prévenu entraîne un « non-lieu ». Il n'est pas fait état de cas de démences partielles. Le psychiatre fait ainsi son apparition dans le champ pénal, comme expert auprès des tribunaux, invité à statuer sur l'état de démence des accusés. Il n'est pas fait état du devenir des aliénés jugés irresponsables, l'internement semble être une possibilité sans être obligatoire.

L'émergence du concept de traitement moral de la folie, redonne un visage humain à la représentation du fou, et le rend digne d'empathie et de sollicitude. Cette évolution de la représentation du malade mental, la naissance d'une nosographie, les travaux de Tenon sur l'importance du cadre institutionnel dans le soin, plusieurs rapports portant sur la situation des aliénés ( Ferrus, Thiers...) permettront d'aboutir à la création de la loi de 1838.

La Loi sur les aliénés n° 7443, du 30 juin 1838 : relative à l'internement, à la capacité des aliénés à la gestion des biens et à l'organisation hospitalière territoriale vient donner un cadre législatif à l'enfermement des aliénés. Elle esquisse les mesures de placement sur demande de la famille et sur décision de l'état permettant aux psychiatres de soigner un malade mental, dans l'impossibilité de consentir à ses soins contre sa volonté. Elle prévoit la création d'une unité d'hospitalisation spécialisée par département. L'internement des sujets irresponsables pénalement trouve ainsi un encadrement légal, au même titre que n'importe quel aliéné : à l'article 24 : « *les aliénés ne pourront être ni conduits avec les condamnés ou les prévenus, ni déposés en prison* ». La loi de 1838 s'inscrit dans une dynamique d'assistance et d'humanisation des soins, mais en réglementant l'enfermement, elle permet d'opérer un

certain degré de contrôle, dans un mouvement de protection de la société vis à vis des aliénés délinquants. Cette loi ne sera réformée qu'en 1990 puis en 2011. [18]

#### 1.4.3. Naissance de la prison pour peine

La prison pour peine apparaît dans un contexte d'augmentation des incarcérations de toutes natures : faux-monnayeurs, déserteurs, espions, trafiquants, politiques, insoumis... Permises par la publication du code pénal, elle prévoit une nouvelle échelle de peines pour la privation de liberté :

- les fers : travaux forcés effectués enchaîné à un boulet
- la réclusion : enfermement dans une maison de force pour travailler
- la gêne : enfermement individuel permanent, soumission à un isolement strict
- la détention : enfermement

Il institue ainsi la peine privative de liberté, l'enfermement permet la punition et l'amendement du condamné par le travail et l'éducation. Il faut attendre 1875 puis la loi du 4 février 1893 pour voir arriver la construction des premières prisons cellulaires en France. [14] Les principes fondamentaux de la prison sont l'isolement et le travail. Les prisons sont organisées différemment en fonction des populations accueillies : maisons de correction, centrales et d'arrêt pour les prévenus ou condamnés. L'idée de ne pas mélanger les profils s'impose afin d'éviter un effet de contamination de la délinquance.

#### 1.4.4. Des malades mentaux en prison

La préoccupation autour des malades incarcérés est déjà présente, une infirmerie pour chaque prison est prévue par la circulaire du 27 juin 1807, complétée en 1822 d'une circulaire portant sur les transferts de détenus malades à l'hôpital. La prison inquiète par les effets négatifs qu'elle semble produire : épidémie, homosexualité, récidive,... ce qui est dénoncé par une circulaire de Thiers, alors ministre des prisons. En 1843, Moreau-Christophe, inspecteur des prisons, publie des articles relatifs à l'effet du régime carcéral sur le moral des détenus. [23]

Baillarger, médecin chef du quartier des aliénés de la Salpêtrière, écrit en 1844 dans les Annales médico-psychologiques une note sur la fréquence de la folie dans les prisons. Il évoque d'ores et déjà la présence de malades détenus qui ne présentaient pas encore de troubles au moment de leur incarcération : « *Il y a des aliénés dont la folie méconnue avant et après le jugement n'est constatée qu'à l'entrée dans le pénitencier.* » [24] Nombreux sont ceux qui s'indignent de l'absence de soins dispensés aux aliénés dans les prisons : à l'image du Dr Lelut en 1843, qui considère que la fréquence de la folie est 7 à 8 fois plus élevée en prison que dans la population générale.

Elève de Pinel, Alexandre Brière de Boismont (1797-1881), propose dans un texte intitulé « *De la nécessité de créer un établissement spécialisé pour les aliénés vagabonds et criminels* », de construire des quartiers spécialisés pour les fous criminels : « *ils sont dangereux et troublent la tranquillité des autres malades, dont la liberté est restreinte à cause des mesures de précaution qu'exigent les aliénés criminels ; aussi, l'asile, dans ce cas, ressemble-t-il plutôt à une prison qu'à un hôpital.* » [25] Il défend le statut de malade des aliénés criminels, et préconise une réponse sanitaire, il considère qu'il est du rôle du médecin de se préoccuper de la prise en charge de ces patients surtout lorsqu'il existe un risque pour le maintien de l'ordre dans la société. Le vagabond est associé au criminel aliéné car comme lui il colporte une représentation d'inadaptation sociale, d'anormalité, faisant courir un risque pour la société de passage à l'acte imprévisible. Boismont n'est pas opposé à la sanction pénale de ces individus, et questionne déjà le rapport entre soin et prévention de la récidive. Il défend la thèse d'un risque de contamination des malades criminels au sein des asiles classiques ; on entrevoit les prémices d'une vision ségrégative dans l'approche des aliénés criminels. [23]

La figure du fou criminel, entraîne une confrontation diachronique entre l'empathie suscitée par la folie et la crainte d'une dangerosité potentielle. Peu à peu les considérations sociales vont faire évoluer le paradigme du début du XIX<sup>e</sup> s où la folie devenait digne de compassion sous le sceau de la maladie. Nombre de débats ont animé la société médico-psychologique autour de la manière de prendre en charge les aliénés dangereux. Falret s'oppose à l'idée de construire des asiles spécialisés pour malades dangereux et préfère l'alternative de créer dans chaque maison centrale un quartier pour aliénés : « *à partir du moment où le criminel est reconnu comme un aliéné, c'est un malade digne de sympathie et de pitié.* » [26]

C'est dans ce contexte, qu'ouvre à Gaillon en 1876, la première institution psychiatrique destinée à accueillir de façon exclusive des condamnés « *aliénés ou épileptiques* ». Elle est considérée comme un progrès car elle permet la prise en charge « *des aliénés reconnus comme tels au cours de l'instruction.* » [23] Déjà la vocation de cette structure interroge, de même que la question de son implantation (il s'agit d'une annexe de la prison). Lorsque sa fermeture est proposée du fait de son caractère vétuste, plusieurs propositions s'affrontent : créer des quartiers pénitentiaires pour malades mentaux criminels ou bien restituer ces malades à l'asile, considérant l'irresponsabilité pénale provoquée par leur maladie...

C'est finalement la seconde option qui est choisie : un quartier de sûreté pour les aliénés « *criminels, vicieux et dangereux* » ouvre à l'hôpital de Villejuif en 1910, dirigé par le Dr Henri Colin. Ce service est considéré comme le précurseur des Unités pour Malades Difficiles. (UMD)

Un tournant important concernant la responsabilité des malades mentaux est apporté par la circulaire du garde des sceaux Joseph Chaumié. Adressée aux parquets généraux le 20 décembre 1905, elle introduit la notion de responsabilité atténuée :

*« À côté des aliénés proprement dits, on rencontre des dégénérés, des individus sujets à des impulsions morbides momentanées ou atteints d'anomalies mentales assez marquées pour justifier, à leur égard, une certaine modération dans l'application des peines édictées par la loi. Il importe que l'expert soit mis en demeure d'indiquer avec la plus grande netteté possible, dans quelle mesure l'inculpé était, au moment de l'infraction, responsable de l'acte qui lui est imputé. »*

À cette fin, il est attendu du juge d'instruction qu'il demande systématiquement à l'expert, non seulement de se prononcer sur l'état de démence de l'inculpé au moment de l'acte (au sens de l'article 64 du code pénal), mais également de lui faire préciser :

*« si l'examen psychiatrique et biologique ne révèle pas chez lui des anomalies mentales ou psychiques de nature à atténuer, dans une certaine mesure, sa responsabilité. » [27]*

Ainsi, l'aliéné partiellement déresponsabilisé est incarcéré légalement mais écope d'une peine allégée. Cette légitimation de la présence de malades mentaux dans les prisons va rapidement soulever la question de la prise en charge sanitaire de ces malades à l'intérieur des prisons. Des établissements pénitentiaires vont se spécialiser dans l'accueil des aliénés.

En 1927, le 1<sup>er</sup> service d'examen psychiatrique s'installe à Loos Lez Lille, suivi par La Santé, Fresnes et La Petite Roquette. Ces laboratoires sont en lien avec le courant d'anthropologie criminelle, à vocation d'étude mais également de triage, ils permettent au psychiatre d'investir les prisons, et proposent une consultation de dépistage des troubles mentaux aux entrants. Cette expérience sera de courte durée, l'opinion craignant une explosion démographique des fous en prison par effet de simulation. [28]

#### 1.4.1. Le fou criminel

On s'intéresse à la figure du criminel, dans une logique d'individualisation de la peine et d'utilité de la sanction : la piste d'une criminologie déterminée intrinsèquement est explorée. Elle nourrira beaucoup d'espoir et de fantasmes avant d'être délaissée faute d'éléments de preuve suffisants.

- La phrénologie

Le début du XIX<sup>e</sup> siècle est marqué par l'émergence d'une nouvelle approche concernant la physiologie criminelle. Apparaît le mouvement scientifique de la phrénologie, dont la théorie de François Joseph Gall sera le fondement. Il fait l'hypothèse d'un lien entre le fonctionnement psychologique de l'individu et son comportement criminel, suspectant des bases anatomiques ou morphologiques sous-jacentes, un organe du crime. Son principal outil

d'analyse est la cranioscopie (inspection et mensuration des extrémités céphaliques). Avec son équipe, il s'efforce de trouver un lien entre faciès et mœurs, une hypothèse selon laquelle chaque « bosse » du crâne serait le signifiant d'un trait de personnalité, un tempérament, ou une pathologie, on lui doit l'expression « la bosse du crime ». [22]

Parallèlement se développe l'anthropologie criminelle, dans la continuité du courant positiviste italien lancé par Cesare Lombroso, celui-ci considérait le comportement criminel comme étant en dehors du contrôle de l'individu. C'est la théorie du « criminel-né », avec l'hypothèse d'un traitement possible. La théorie positiviste, de Ferri et Garofallo, fait le postulat d'un déterminisme des comportements humains, impliquant le déni de toute volonté de l'être, annihilant ainsi la notion du libre arbitre.

- *Le mouvement de défense sociale*

Pour Ferri, militant socialiste, la société inégalitaire est responsable, en grande partie, de la production de la délinquance, il propose que la prison nouvelle devienne un centre de rattrapage, en matière d'éducation et de soin. [14] Cette évolution dans la conception du traitement judiciaire, est à l'origine d'un mouvement de Défense Sociale, qui se développe dans les années trente, associant à la prison les notions de rééducation et de soin, il tend à intégrer les psychiatres dans la prévention de la récidive. Cette mouvance aboutira dans nombre de pays occidentaux à la création de dispositifs destinés à accueillir les délinquants souffrant de troubles mentaux : comme la Belgique, l'Italie, l'Allemagne, la Hollande. Ces structures ont une double mission de soins et de protection de la société, il ne s'agit pas à proprement parler d'une peine d'emprisonnement, puisque la durée n'est pas déterminée à l'avance, elle est soumise non seulement à l'amélioration de l'état mental du détenu, mais aussi à l'évaluation de sa capacité à se confronter à la société. [29] Il s'agit d'une logique de rétention de sûreté, entraînant le risque de confusion entre crime et maladie, justice et psychiatrie.

La France s'est distinguée de longue date de ces mouvances, militant pour une indépendance des institutions sanitaires et judiciaires, ce qui n'empêche pas un travail de collaboration, dont l'organisation, initiée par la réforme Amor après la deuxième guerre mondiale, n'a de cesse de se perfectionner.

## 2. Après 1945 : émergence de la psychiatrie en milieu pénitentiaire

Jusqu'à la Seconde Guerre Mondiale, le champ sanitaire est impliqué dans la prison pour des raisons essentiellement hygiénistes. Peu avant la guerre, plusieurs projets en cours d'examen concernant la prise en charge sanitaire des détenus avortent à l'aube du conflit mondial, Paul Amor viendra après la Libération poser les fondements du soin en prison à travers une grande réforme pénitentiaire.

### 2.1. La réforme Amor

À la Libération, un remaniement important est opéré au sein des prisons françaises, sous l'impulsion de Paul Amor (Directeur de l'Administration Pénitentiaire), une réflexion en profondeur sur la considération des détenus est amorcée, en particulier concernant les malades mentaux incarcérés. Il place le soin aux détenus comme une priorité et fait émerger l'idée que la pathologie mentale peut favoriser la récidive, il redéfinit la fonction de l'incarcération : « la peine privative de liberté a pour but essentiel, l'amendement et le reclassement social du détenu », qui ouvre la prison au champ social. « Le traitement infligé aux prisonnier, [...] doit être humain, exempt de vexations et tendre principalement à son instruction générale » [30] La réforme du 2 juillet 1946, et les circulaires du 5 octobre 1950, prévoient la création de 24 annexes de psychiatrie, une pour chaque établissement pénitentiaire. Ces structures ont l'inconvénient d'être limitées à un rôle de dépistage et de signalement, et d'être placées sous l'autorité de l'administration pénitentiaire, il ne s'agissait pas de soins dispensés aux patients détenus. [31]

En 1950, ouvrent les premiers services de soins, qui ont aussi la fonction d'évaluation et d'observation, le Centre National d'Observation (CNO) des longues peines à Fresnes et le centre d'observation psychiatrique à Château-Thierry, qui lui se spécialise dans l'accueil des détenus condamnés présentant des troubles mentaux pour leur proposer des soins.

À partir de 1958, le nouveau code de procédure pénale<sup>1</sup>, permet d'organiser des consultations d'hygiène mentale en milieu carcéral. L'administration pénitentiaire recrute ainsi des médecins et des infirmiers. Ceux-ci vont constituer des unités de fonctionnement, aboutissant à la création de services spécialisés.

---

<sup>1</sup> Par application du décret numéro 59-322 de l'article D395 modifié

## 2.2. La création de services spécialisés

En 1958, le code de procédure pénale décrit l'organisation et les missions de ces services dans les articles suivants : [28]

L'article D395 prévoit des consultations d'hygiène mentale dans les maisons d'arrêt

L'article D396 prévoit que les détenus peuvent, avec leur consentement et après avis du médecin, bénéficier d'une cure de désintoxication alcoolique avant leur libération.

L'article D397 stipule que des services psychiatriques seront organisés dans certains établissements pénitentiaires sous l'autorité médicale des psychiatres, désignés par le ministre de la justice, sur proposition du directeur régional et après l'avis du préfet. Les détenus écroués dans les dits établissements seront soumis à un examen mental systématique de dépistage et s'il y a lieu placés en observation en service psychiatrique.

L'article D398 est relatif à l'hospitalisation des patients détenus « *pour tout détenu en état d'aliénation mentale, ne pouvant être maintenu dans un établissement pénitentiaire, sur la proposition du médecin de la prison et conformément à la législation générale en la matière, il appartient aux préfets de faire procéder à l'internement, cet internement doit être effectué d'urgence s'il s'agit d'un individu dangereux pour lui-même pour autrui... »*

Paul Hivert sera à l'origine du premier centre médico-psychologique régional qui ouvre à la prison de la Santé. Il s'agit de la première tentative de faire appliquer l'article D397 du code de procédure pénale, la définition des CMPR (Centres Médico-Psychologiques Régionaux) apparaît dans la circulaire du 30 juillet 1967. Il est cette fois question de soins et d'assistance aux patients. [30] Mais les psychiatres recrutés et rémunérés par une structure sanitaire, restent sous l'autorité du chef d'établissement pénitentiaire. En 1977, Simone Veil, alors ministre de la santé, présente un projet de création de 17 CMPR. [32]

### 2.2.1. Intégrés à la sectorisation

En parallèle, la politique de sectorisation est en cours, elle prévoit une réorganisation des soins psychiatriques avec un déplacement de la prise en charge des malades, de l'institution vers la cité. Cette innovation est permise notamment par l'avènement des psychotropes. Des lieux de soins se créent à l'intérieur de la cité, tournés vers la réhabilitation des malades mentaux. Ils se déclinent en diverses structures : hôpitaux de jours, Centre Médico-Psychologiques (CMP), Centres de Postcure... En même temps, l'hôpital psychiatrique fait l'objet d'une amputation drastique de ses capacités d'hébergement. [33]

En 1960, chaque bassin de population est confié à un secteur de psychiatrie de rattachement qui assure la prise en charge globale et intégrée des patients. La loi n° 85-1468 relative à la sectorisation psychiatrique est votée le 18 janvier 1985. L'année suivante, le décret du 14 mars 1986 (n° 86-802), publié au journal officiel, institue les Secteurs de Psychiatrie en

Milieu Pénitentiaire. Les CMPR deviennent SMPR (Services Médico-Psychologiques Régionaux). Ainsi, à côté des deux premiers secteurs existants : psychiatrie infanto-juvénile et psychiatrie générale, prend place le secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire. Chaque SMPR est rattaché à un établissement hospitalier public, désigné par le ministre de la santé, après consultation du ministre de la justice.

D'autre part, la création des Unités pour Malades Difficiles (UMD) qui viennent succéder aux anciens services de sûreté est permise par l'arrêté du 14 octobre 1986. Les premières seront implantées à Montfavet, Villejuif, Sarreguemines et Cadillac.<sup>1</sup>

### 2.2.2. Création des services médico-psychologiques régionaux

Régis par le décret du 14 mars 1986, les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire répondent à 3 grands principes :

- l'indépendance vis-à-vis de l'administration pénitentiaire
- le libre consentement aux soins pour les patients
- l'intégration du soin dans le dispositif général de soin du secteur

Ils reçoivent plusieurs missions :

- celle de prévention des maladies mentales
- celle de diagnostic et de traitement des troubles psychiatriques
- celle de suivi psychiatrique et psychologique en post pénal
- celle de coordination et concertation des intervenants en secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire
- celle de recherche épidémiologique
- et enfin celle de lutte contre les addictions (alcoolisme et toxicomanie)

Le règlement intérieur des SMPR est établi par l'arrêté du 14 décembre 1986. La circulaire du 5 décembre 1988 définit les relations entre le centre hospitalier et l'administration pénitentiaire. [28]

Rapidement une évaluation de ces nouvelles unités est confiée à Gilbert Chodorge et Guy Nicolas [34]. Leur rapport publié en 1992, met en lumière les limites du dispositif de soins, avec une insuffisance de moyens, des difficultés d'articulation avec les contraintes

---

<sup>1</sup> Actuellement au nombre de 10 pour un total d'environ 530 places, dont 40 réservées aux femmes :  
UMD Henri Colin (Val-de-Marne), Montfavet (Vaucluse), Sarreguemines (Moselle), Cadillac (Gironde), Plouguernevel (Côtes-d'Armor), Monestier-Merlines (Corrèze), Bron (Rhône), Albi (Tarn), Châlons-en-Champagne (Marne), Sotteville-lès-Rouen (Seine Maritime)

pénitentiaires, et propose une prise en charge sanitaire globale et indépendante. Ces réflexions conduiront à la loi du 18 janvier 1994. [30]

*« La continuité de soins est essentielle : elle repose sur l'organisation des services médicaux et sociaux dans l'établissement pénitentiaire pendant le séjour du détenu et vise à prévenir toute rupture de la prise en charge lors de son retour en milieu libre ; elle implique une coordination à l'échelon local, notamment entre la prison et le réseau de soins extérieurs »*

La loi du 18 janvier 1994, vient non seulement réactualiser le fonctionnement des SMPR, mais permet une réforme majeure, en instituant les UCSA : Unités de Consultation et de Soins Ambulatoires, unités fonctionnelles désormais placées sous l'autorité médicale d'un praticien hospitalier issu de l'hôpital de rattachement. Comme la psychiatrie huit ans plus tôt, la médecine somatique prend son autonomie vis-à-vis de l'administration pénitentiaire. L'article 43 prévoit en outre de généraliser la protection sociale à l'ensemble des détenus.

La tutelle des soins dispensés en milieu pénitentiaire est ainsi transférée du ministère de la justice à celui de la santé. Il s'agit d'une avancée déterminante qui garantit dès lors non seulement l'indépendance des soins en prison, mais également, l'accès pour tout détenu à l'ensemble du plateau technique et du dispositif de soin disponible dans l'hôpital de rattachement. Le décret d'application de cette loi est publié le 27 octobre 1994<sup>1</sup>.

Une circulaire du 18 décembre 1994, vient expliciter les devoirs des professionnels de santé en milieu carcéral, quant à la prise en compte :

- des spécificités et des contraintes d'organisation de la vie en détention
- des aléas de la durée de l'incarcération dans l'élaboration du projet thérapeutique
- de la coordination des soins avec l'extérieur. [35]

En France il existe actuellement 26 antennes de SMPR, déployées en fonction des inter-régions pénitentiaires. (Dont 3 dans les DOM). Pour rappel, il existe 187 établissements pénitentiaires en France actuellement. Dans les établissements dépourvus de SMPR, les soins psychiatriques sont assurés par les services de psychiatrie générale, qui ont la mission d'organiser un dispositif de soin au sein des UCSA : ce sont les Dispositifs de Soins Psychiatriques (DSP).

L'arrêté du 10 mai 1995 précise les modalités de l'admission en hospitalisation au sein des SMPR. Celle-ci se fait obligatoirement en mode libre. Les services sont aménagés à l'intérieur des établissements pénitentiaires et sont constitués de cellules dont la surveillance reste dévolue à l'autorité pénitentiaire.

---

<sup>1</sup> LOI N° 94-43 du 18 JANVIER 1994, relative à la Santé publique et à la protection sociale, codifiée en art. L.773-8 du Code de la Santé Publique par la loi N° 94-654 du 29 JUILLET 1994.

L'offre de soins peut varier en fonction des SMPR. La plupart du temps il s'agit d'équivalents d'hôpitaux de jour, la présence soignante n'étant effective qu'en journée. Deux services font exception puisqu'ils proposent une présence soignante à temps complet, tandis que deux autres sont dépourvus de lits. Au total 412 lits sont disponibles en France. Les admissions se font depuis n'importe quel établissement de l'inter région pénitentiaire. Les soins proposés combinent prise en charge individuelle et groupale.

Un premier guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes sous main de justice a été élaboré en décembre 1994, réactualisé en janvier 2005, puis en juillet 2012. [36]

### 2.2.3. Tenant compte des règles pénitentiaires européennes

Les règles pénitentiaires européennes, adoptées en 1973, ont été révisées en 1987 puis en 2006, il s'agit de recommandations relatives aux conditions de détention des personnes, exposées à travers 108 règles. Un référentiel de bonnes pratiques diffusé en 2008, traite des droits fondamentaux, du régime de détention, de la santé, de l'ordre, de la sécurité, du personnel pénitentiaire, de l'inspection et du contrôle des prisons.

Règles européennes pénitentiaires de 2007 [37]

Règle 40.3 : les détenus doivent avoir accès aux soins proposés en milieu libre sans discrimination.

Règle 40.4 : les services médicaux de la prison s'efforcent de dépister et de traiter les maladies psychiques ou physiques ainsi que les déficiences dont pourraient souffrir les détenus.

Règle 40.5 : chaque détenu doit pouvoir bénéficier des soins médicaux, chirurgicaux et psychiatriques, requis, incluant ceux disponibles en milieu libre

### 3. Une offre de soin qui se révèle être insuffisante

#### *3.1.Face à l'inflation de la demande : Epidémiologie des troubles psychiatriques dans les prisons françaises*

Le recours aux soins psychiatriques en milieu pénitentiaire est estimé à 271 pour 1000 c'est-à-dire 10 fois supérieur à celui de la population générale. [38]

Nombreuses sont les études qui ont été menées ces dernières années sur la prévalence des troubles psychiatriques dans la population détenue. Tant en France qu'à l'étranger, et malgré des variabilités méthodologiques nécessitant une pondération des résultats, toutes s'accordent sur un point : la prévalence des troubles mentaux derrière les murs de nos prisons est nettement supérieure à celle retrouvée dans la population générale.

##### 3.1.1. Etude Gallet et Al publiée dans Forensic en 2000

Cette étude réalisée à la maison d'arrêt Saint-Michel et au centre de détention de Muret, en 1998, étudie la prévalence des troubles schizophréniques et paranoïaques, par l'analyse des questionnaires de dépistage d'entrée et des suivis au SMPR. Les troubles psychotiques concernaient entre 3,5 % et 4,6 % de la population incarcérée. [39]

##### 3.1.2. Etude Danesh et Fazel :

Il s'agit d'une méta-analyse qui porte sur 62 études internationales, incluant 23000 détenus, avec une moyenne d'âge de 29 ans, dans 12 pays occidentaux. Cette analyse originale, la première d'une telle ampleur, a été publiée dans le Lancet en 2002.

Parmi les résultats, on retrouve des taux de prévalence globale pour :

- la psychose de 4%,
- la dépression majeure 10-12%,
- les troubles de personnalité 40-70%, avec autour de 47% pour la personnalité antisociale,
- le syndrome de stress post-traumatique de 20%. [40]

### 3.1.3. Rapport Faure et Prieto (DREES 2002) [41] [42]

Il s'agit d'une étude épidémiologique portant sur les entrants en prison (celles pourvues d'un SMPR) et sur la population suivie par ces SMPR en juin 2001. Les résultats obtenus permettaient d'estimer que un détenu entrant sur deux présentait un trouble psychiatrique patent :

- l'anxiété chez 27 % d'entre eux ;
- les troubles addictifs chez 27% ;
- les troubles psychosomatiques et les troubles des conduites chez 21% ;
- les symptômes de dépression chez 16% ;
- les symptômes liés à la déficience chez 12% ;
- les symptômes touchant à la psychose chez 10%.

Les entrants étaient majoritairement des hommes jeunes, en situation de précarité sociale, 12% se déclaraient sans domicile fixe.

Parmi les détenus suivis, un tiers présentait des troubles de la personnalité, un quart des troubles liés à une dépendance addictive, 12% des troubles anxieux, 8% des troubles psychotiques et 7% des troubles de l'humeur. 30% étaient suivis antérieurement par un service de psychiatrie classique, 36% avaient déjà été suivis par un SMPR et 22% avaient des antécédents d'hospitalisation en psychiatrie.

Les femmes étaient surreprésentées par rapport à la population pénale féminine (10% contre 4%)

### 3.1.4. Rouillon et Falissard en 2004. [43]

Cette étude a analysé la prévalence des troubles psychiatriques chez 998 détenus (dont 200 détenus outre-mer) incarcérés en France dans 23 établissements pénitentiaires.

Les outils utilisés étaient : le Mini-international Neuropsychiatric Interview, complété par un entretien avec un psychologue ou un psychiatre. L'échantillon était constitué de 80% d'hommes. Les résultats montraient un taux de problématique psychiatrique dans 70 à 80 % des cas répartis comme suit :

- troubles anxieux : 56%
- troubles de l'humeur : 47%
- troubles psychotiques : 17%
- trouble de personnalité antisocial : 28%
- addictions : 38% pour les drogues illicites et 30% pour l'alcool

Par ailleurs environ un tiers des entrants déclaraient avoir déjà consulté pour motif psychiatrique, 16% avaient déjà été hospitalisés en psychiatrie, 6% avaient déjà eu des contacts avec un centre de soins pour toxicomanes et 8 % d'entre eux avaient déjà été suivis par un dispositif de lutte contre l'alcoolisme.

### 3.1.5. Enquête DREES, 2005 [44]

Diligentée en France, cette étude portait sur l'ensemble des détenus entrant en détention durant l'année 2003, l'échantillon était constitué d'environ 6000 personnes.

Parmi les résultats :

- 33 % déclaraient des problèmes de consommation de substances à l'extérieur :  
31 % pour l'alcool, 30 % pour le cannabis.

Au cours des 12 derniers mois :

- un détenu sur sept déclarait être traité par psychotropes,
- un sur trois déclarait avoir été hospitalisé au moins une fois en psychiatrie ou avoir bénéficié d'au moins 3 consultations spécialisées en santé mentale.
- Un sur sept déclarait avoir fait une tentative de suicide.

Il existe une certaine disparité dans les résultats présentés, ceci peut être expliqué par les différences méthodologiques d'une part et par la variété des tailles des échantillons d'autre part.

Nous retiendrons :

- 3 à 8%, pour les troubles psychotiques,
- 10 à 30%, pour les troubles dépressifs,
- 20 et 40%, pour les addictions.

### 3.1.6. Les hypothèses relatives à la prévalence des maladies mentales en prison

Parmi les hypothèses retenues pour expliquer cette apparente sur représentation des patients psychiatriques dans les prisons françaises :

- la baisse des capacités d'accueil de l'hôpital psychiatrique suite à la désinstitutionnalisation du soin psychiatrique induite par la politique de sectorisation

dans les années 60, l'hôpital psychiatrique ayant peu à peu délaissé sa fonction d'asile social, au profit d'une orientation vers la réhabilitation des malades. Entre 1985 et 2005, la capacité d'hospitalisation en psychiatrie générale est passée de 129500 à 89800 places. [45]

- une réduction des déclarations d'irresponsabilité pénale par application de l'article 122-1, alinéa 1 du Code Pénal<sup>1</sup> de 1992. Si elle est nette sur les 30 dernières années, la baisse tend à se stabiliser depuis 15 ans. [46][47]  
En revanche, l'application du deuxième alinéa<sup>2</sup>, semble avoir paradoxalement pour conséquence un allongement des peines prononcées. En effet le perfectionnement de l'arsenal thérapeutique associé à la volonté de certains psychiatres de « *confronter le patient à la loi* » dans un mouvement thérapeutique, ont eu pour effet un pervertissement de l'aspiration humaniste à l'origine de ce deuxième alinéa. [48]
- l'augmentation des procédures de comparution immédiate qui raréfie le recours à l'expertise psychiatrique en présentiel, qui, rappelons-le, est obligatoire uniquement dans les procédures criminelles. Dans toutes les autres situations elle peut être sollicitée par la défense mais, dans l'attente, la personne est incarcérée. [49][50]

Marc de Renneville fait l'hypothèse d'une prison devenue le refuge de l'enfermement thérapeutique, il nous interroge de façon provocatrice : « *l'ultime justification de la prison serait-elle en passe de devenir la folie du crime ?* » [32]

Thèse que s'approprie le Dr Glezer : tout se passe comme si, du côté hospitalier, l'investissement de la prison par la psychiatrie publique, pourrait alléger les secteurs classiques de la charge, pesante, de certaines pathologies bruyantes, socialement et pénalement problématiques, et dont la prison constituerait alors la forme moderne et discrète « d'enfermement ». [51]

### 3.2. Dénoncée par des rapports préoccupants :

De nombreux rapports ont permis de mettre en lumière une insuffisance des soins prodigués auprès des patients détenus, dénonçant des inégalités profondes avec le système de soins en milieu libre.

---

<sup>1</sup> N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes.

<sup>2</sup> La personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable ; toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime.

### 3.2.1. Rapport Pradier de 1999 [52]

Ancien député européen et ancien président de « Médecin du Monde », Pierre Pradier fait le bilan de 10 ans de gestion des soins, dans 21 établissements.

Il dégage comme priorité l'amélioration de la prise en charge psychiatrique des détenus.

Il évoque d'ores et déjà la nécessité d'augmenter la capacité des Unités Pour Malades Difficiles (UMD).

### 3.2.2. Le rapport du Sénat en 2000 [53]

Ce rapport intitulé : « *Une humiliation pour la République* », interroge sur l'évolution de l'administration pénitentiaire et des soins délivrés en milieu carcéral. Elle est issue d'une enquête diligentée dans les suites de la parution du livre de Véronique Vasseur<sup>1</sup>, et du rapport Pradier.

Le taux de 30% de malades mentaux incarcérés est retenu, le taux d'irresponsabilités est estimé à 0,17% au moment du rapport, contre 17% dans les années 1980. Un quart de la population carcérale souffre de toxicomanie, cause de conduites délictueuses ou criminelles en rapport avec leurs dépendances. Pour répondre rapidement à cette problématique il est proposé de doubler le nombre de places disponibles dans les UMD.

### 3.2.3. Le rapport Floch : commission d'enquête de l'assemblée nationale [54]

Intitulé, « *La France face à ses prisons* », issu d'une commission d'enquête parlementaire de l'assemblée nationale, il vient étayer la description de la situation des malades mentaux dans les prisons françaises. Là encore il est fait état du nombre de malades mentaux dans les prisons, de l'allongement de la durée des peines, de la baisse du taux de prononciation d'irresponsabilité pénale, et pour la première fois, du constat d'un allongement de la peine prononcée dans les cas de responsabilité atténuée.

Les propositions reposent essentiellement sur le renforcement des moyens humains alloués au service de psychiatrie en milieu pénitentiaire.

Une mission confiée en juillet 2000, par les ministres de l'emploi et de la solidarité (Mme Aubry et Mme Guigou) intitulée « *Réflexion et prospective dans le domaine de la santé mentale* » rappelle les missions essentielles de la prison, qui, au delà de son aspect coercitif, a

---

<sup>1</sup> MEDECIN CHEF A LA SANTE, édition *Le cherche midi*

pour vocation d'accompagner le retour vers le milieu libre avec un soutien à la réinsertion ; part importante de la lutte contre la récidive.

#### 3.2.4. Rapport Roelandt- Piel [55]

Publié en juillet 2001, et éclairé par les travaux de la mission nationale d'appuis en santé mentale, il fait les constats suivants :

- l'isolement des SMPR est un frein à la mise en place des suivis psychiatriques à l'extérieur
- les hospitalisations d'office sont souvent mal préparées, et mal accueillies par les équipes de secteur
- une mauvaise répartition des budgets renforce les inégalités d'offres de soin

#### 3.2.5. Rapport de l'IGAS/IGSI 2001 [56]

Un rapport daté de juin 2001 relatif à la santé des détenus, reprend les conclusions du rapport Roelandt-Piel, rappelle les limites de l'hospitalisation des patients détenus en service de secteur : unités ouvertes, personnel peu sensibilisé par les aspects particuliers des patients détenus, contraintes de surveillance, courte durée d'hospitalisation...

Il évoque d'ores et déjà la possibilité d'unités spécialement adaptées dédiées aux soins psychiatriques, sur un modèle comparable aux UHSI<sup>1</sup>. Il encourage l'entretien de liens étroits entre SMPR et UCSA, dans un objectif de continuité et de qualité des soins.

Quant aux hôpitaux de jour, intégrés aux SMPR, des réserves sont émises au vu de la double tutelle pénitentiaire-santé, ce qui semble incompatible avec la qualité des soins attendus dans ce type de structure.

Plusieurs propositions ont été émises à la suite de la publication de ces différents rapports, en particulier en ce qui concerne les conditions d'hospitalisation en psychiatrie pour les patients détenus, entre autres une augmentation de la capacité d'accueil des UMD, et la proposition de création de structures spécialement adaptées, le pendant des UHSI pour la psychiatrie.

C'est dans ce contexte qu'est proposée la loi d'orientation et de programmation pour la justice, qui s'appuyant sur les règles pénitentiaires européennes de 2006, dont l'article 12.1 stipule : « *que les personnes souffrant de maladies mentales et dont l'état de santé est incompatible avec la détention en prison, devraient être détenues dans un établissement spécialement conçu à cet effet.* »

---

<sup>1</sup> Unité Hospitalière de Soins Inter-régionale : intégrés aux hôpitaux généraux, ces services sont dévolus à la prise en charge hospitalière des patients détenus pour des soins somatiques.

## 4. 2002 : acte de naissance des UHSA

Comme nous l'avons vu précédemment l'idée d'un établissement de soin spécialisé pour les patients détenus souffrant de troubles psychiatriques n'est pas nouvelle, cependant jusqu'il y a peu cette mission de soin était confiée à l'hôpital public de rattachement.

L'hospitalisation des patients détenus s'appliquait selon les modalités de l'article D398.

Mais, comme nous l'avons détaillé précédemment, nombre de rapports et d'enquêtes depuis le début des années 2000 ont soulevé les insuffisances de cette modalité de prise en charge.

Il est question en particulier de la qualité des soins offerts à ces patients, qui se retrouvaient en service fermé et en chambre d'isolement la plupart du temps, du fait, entre autres, que le code de procédure pénale ne prévoyait pas de garde statique. Ainsi le personnel soignant se trouvait dans une position complexe et contradictoire devant assurer simultanément la surveillance et les soins. [57]

D'autre part le personnel soignant se voyait attribuer la tâche de faire appliquer les règles pénitentiaires, tout en respectant les recommandations de bonnes pratiques du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Libertés (CGLPL), qui ont désormais valeur de norme juridique. [58]

L'accès au téléphone et l'organisation des parloirs n'étaient, le plus souvent, pas applicables dans les services hospitaliers classiques, puisque n'étant pas en mesure de faire respecter les règles de sécurité préconisées par l'administration pénitentiaire. Cet état de double contrainte, rendait difficile la mise en œuvre de la tâche soignante. La mise en place d'un lien thérapeutique dans un tel climat de restrictions et de contraintes, s'avérait particulièrement difficile, et entraînait souvent des sorties précipitées.

Dans une volonté de rapprocher l'offre de soin aux patients détenus de celle disponible en milieu libre, la possibilité d'une hospitalisation avec le consentement, la mise à disposition d'un plateau technique thérapeutique efficient, représentaient une avancée importante. [59]

### *4.1. Loi d'orientation et de programmation pour la justice*

Appelée loi Perben, elle s'appuie sur les divers rapports et missions d'expertise que nous avons exposés, elle pose les bases de la création des UHSA. Les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire se complètent ainsi d'un troisième niveau de prise en charge par l'hospitalisation à temps complet. Il est destiné à accueillir des patients détenus souffrant de troubles psychiatriques, avec ou sans leur consentement. La création de ces unités ne supprime pas pour autant la mise en application de l'article D398, dans l'attente du déploiement complet des UHSA ; 17 sont prévues à la fin de la deuxième tranche de construction, pour une capacité attendue de 705 places.

**La loi d'orientation et de programmation pour la justice** du 10 septembre 2002, loi n° 2002-1138 [60]

**Titre V** : Dispositions relatives à l'amélioration du fonctionnement et de la sécurité des établissements pénitentiaires.

**Chapitre II** : Dispositions relatives à l'hospitalisation des personnes détenues atteintes de troubles mentaux.

**Art. 48:** *« L'hospitalisation, avec ou sans consentement, d'une personne détenue atteinte de troubles mentaux est réalisée dans un établissement de santé, au sein d'une unité spécialement aménagée. Dans l'attente de la prise en charge par les unités hospitalières spécialement aménagées [...] l'hospitalisation des personnes détenues atteintes de troubles mentaux continue d'être assurée par un SMPR ou un établissement de santé habilité dans les conditions prévues [...] »*. Ce qui signifie que les modalités d'hospitalisation prévues par le code de procédure pénale au titre de l'article D398 continuent d'être applicables dans l'attente de la mise en fonction opérationnelle de l'ensemble des unités prévues dans le projet initial.

L'article L 3214-3 du code de la santé publique, vient modifier les conditions d'hospitalisation en psychiatrie pour les patients détenus : *«Lorsqu'une personne détenue nécessite des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier, en raison de troubles mentaux rendant impossible son consentement et constituant un danger pour elle-même ou pour autrui, le préfet de police à Paris ou le représentant de l'Etat du département dans lequel se trouve l'établissement pénitentiaire d'affectation du détenu prononce par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié, son hospitalisation dans une unité spécialement aménagée d'un établissement de santé visée à l'article L. 3214-1. »*

## **4.2. Bases méthodologiques et fonctionnement d'une UHSA,**

### **4.2.1. Textes législatifs relatifs à l'ouverture et au fonctionnement des UHSA**

L'acte de naissance se trouve dans l'article 48 de la loi du 9 septembre 2002 (loi de programmation et d'orientation pour la justice dite Perben I). [60]

Il est régi par la circulaire interministérielle santé-justice du 18 mars 2011<sup>1</sup>, laquelle décrit le fonctionnement d'une unité spécialement aménagée, avec un principe de base : « les soins aux personnes détenues sont dispensés dans les mêmes conditions que dans les autres unités de l'établissement de santé ». Ces unités sous double tutelle : pénitentiaire et médicale, doivent permettre un accès aux soins de qualité avec des conditions de sécurité optimale. Les UHSA sont implantées au sein d'un établissement de santé, la sécurisation périmétrique est assurée par l'administration pénitentiaire, celle-ci a également à charge la gestion des entrées et sorties, et l'organisation des transferts. La permanence des soins y est appliquée comme dans n'importe quel service hospitalier, elle est assurée par une équipe pluridisciplinaire, qui conserve une certaine liberté dans ses choix thérapeutiques.

Un règlement intérieur permet aux soignants de pouvoir être soutenus par l'administration pénitentiaire en cas de difficultés engageant la sécurité du personnel ou des patients. Une coordination interdisciplinaire, en particulier avec les services d'insertion et de probation pénitentiaire, a été imaginée pour favoriser la cohérence du projet individualisé pour chaque personne détenue.

Les patients bénéficient de toutes les dispositions relatives aux droits des malades (conformément à la Loi Kouchner de 2002) et à la qualité du système de soins, tout en restant soumis au régime pénitentiaire pour ce qui est de la restriction des autorisations de communiquer, ou de la liberté de circuler.

Il revient aux soignants de s'assurer « que les droits fondamentaux des personnes privées de liberté soient respectés et de contrôler les conditions de leur prise en charge » (loi n° 007-1545 du 30 octobre 2007, qui institue un Contrôle Général des Lieux de Privation de Liberté)

Ces unités ont la possibilité d'accueillir des patients des deux sexes, ainsi que les détenus mineurs. Elles s'adressent à l'ensemble des personnes sous main de justice qu'elles soient ou non hébergées par l'établissement pénitentiaire<sup>2</sup>.

#### 4.2.2. Particularités architecturales

Les locaux sont organisés selon un découpage en 3 zones distinctes :

- une partie exclusivement dévolue à l'unité d'hospitalisation, elle ne diffère en aucun point d'une unité classique de soins.
- une partie placée sous l'autorité de l'administration pénitentiaire (il s'agit de la zone des entrées et sorties)

---

<sup>1</sup> *Circulaire Interministérielle DGOS/R4/PMJ2/2011/105 du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA)*

<sup>2</sup> *Bulletin Officiel Santé n° 2011/5 du 15 juin 2011*

- une zone dite périmétrique dévolue à la sécurisation du bâtiment, et qui assure la prévention de toute évasion, intrusion ou toute espèce de communication avec l'extérieur.

#### 4.2.3. Des inquiétudes suscitées par ce nouvel outil de soin

Cet outil pourrait amener :

- une augmentation de l'incarcération des malades mentaux.
- une dérive vers une prise en charge spécifique pour les personnes sous main de justice, ségrégative.
- le risque de voir détourner ces outils de soins, par confusion des missions de santé et de justice. G Chantraine parle de « *carcéralisation du soin psychiatrique* », craignant que les politiques sécuritaires n'instrumentalisent la psychiatrie à des fins de défense sociale. [61]
- à faire l'économie d'une réflexion profonde sur l'expertise en France et le système pénal appliqué aux sujets dont la responsabilité est incomplète. [62][63]
- l'entretien des inégalités territoriales concernant l'accès aux soins psychiatriques des patients détenus. L'objectif avancé était : une UHSA par Région, le projet a d'ores et déjà pris beaucoup de retard, une évaluation est attendue avant le lancement de la deuxième tranche. [64]
- un investissement financier colossal au détriment d'un renforcement des moyens et structures existantes entraînant un ralentissement dans le déploiement de structures sécurisées d'hospitalisation dans le droit commun (USIP, UMD). [65]

### 4.3. *Cas particulier de l'UHSA de Toulouse*

D'une capacité de 40 lits, elle est divisée en deux unités strictement similaires en terme de fonctionnement. Chaque unité est composée de deux ailes, disposant de 10 lits chacune. Toutes les chambres sont individuelles et disposent de leurs sanitaires propres.

L'aile consacrée à la prise en charge de crise dispose de chambres sécurisées (c'est-à-dire munies d'un sas à double entrée). La deuxième aile, qui prend en charge des patients en voie de stabilisation dispose de chambres simples. On trouve une chambre d'isolement par unité, qui est utilisée le plus souvent comme un espace d'apaisement, sur des temps courts. Une chambre par unité est accessible aux patients en situation de mobilité réduite. L'architecture des lieux a été pensée comme un service traditionnel d'admission, avec une attention

particulière portée sur les lieux de vie communautaire : les salles d'activités et leur équipement, le jardin thérapeutique, la bibliothèque, la salle télévision Parmi les particularités de l'unité de Toulouse, l'ouverture des chambres en continu de 7h à 23h, et l'absence de télévision individuelle, permet une approche institutionnelle dont l'accent est porté sur les prises en charge médiatisées et groupales.

## 5. Etat des lieux de la psychiatrie en milieu pénitentiaire en France en 2013.

Une hiérarchisation des soins en 3 niveaux, calquée sur le fonctionnement du secteur adulte.

### *5.1. Les Dispositifs de Soins Psychiatriques*

Il s'agit du premier niveau de soins psychiatriques que l'on retrouve au sein des unités de consultations et de soins ambulatoires : UCSA. Elles participent à la prise en charge globale du patient. Composée d'une équipe pluridisciplinaire, issue de l'hôpital psychiatrique de rattachement, associant médecins psychiatres, infirmière, psychologues, éventuellement ergothérapeute, éducateur spécialisé... plus ou moins étoffée selon la taille de l'établissement et les moyens du secteur de rattachement. Leur activité se limite à des consultations ambulatoires, ils peuvent parfois proposer des ateliers thérapeutiques. Basée sur le principe fondateur de la psychiatrie en milieu pénitentiaire du libre consentement au soin, il existe toutefois une incitation aux soins grâce au bénéfice secondaire que peut percevoir le détenu soigné, à travers l'attribution de remise de peine supplémentaire (RPS).

Les missions de ce dispositif sont communes avec celles des SMPR, à savoir, dépistage systématique des troubles psychiatriques par un entretien auprès des arrivants, prise en charge des problématiques liées aux addictions, prévention du suicide, mise en place de suivi, organisation du relais de soins pour des prises en charge plus soutenues en hospitalisation. Pour cela, désormais 3 options sont possibles selon l'état clinique du patient, son adhésion aux soins, et le degré d'urgence : le SMPR de rattachement si le patient est consentant aux soins, l'application de l'article D398 du code de procédure pénale pour une hospitalisation sans consentement, en urgence auprès de l'établissement hospitalier de rattachement, ou bien l'admission au sein d'une UHSA, en fonction du degré d'urgence puisque les deux modes d'hospitalisation sont possibles.

Pour des soins intensifs et en fonction de la pathologie du patient, de sa résistance au traitement, ou si la prise en charge se révèle particulièrement difficile du fait d'actes de violences, une orientation en UMD peut être organisée. Il incombe également à ce dispositif d'organiser le relais des soins vers les structures du milieu libre au moment de la sortie. Cette tâche semble plus aisée pour les structures de taille modeste, du fait que le psychiatre détaché de l'hôpital de rattachement, facilite grandement les liens et la coordination avec les services de secteur. [36]

## 5.2. SMPR : 26 antennes

Nous avons décrit plus haut les principes et décrets fondateurs de ce type de service. Leurs rôles et missions ont été détaillés. Rappelons qu'ils ont une fonction de coordination régionale, avec des missions de conseil, d'expertise et d'enseignement. Ils peuvent être amenés à accueillir des patients venant de toute l'inter-région pénitentiaire.

26 unités sont réparties sur le territoire français dont trois dans les départements d'outre-mer. Certains sont pourvus d'une antenne de soins spécialisés pour toxicomanes, c'est le cas de 16 d'entre eux. La composition des équipes est plus étoffée que celle retrouvée dans les DSP, comprenant, psychiatre, infirmier, éducateur spécialisé, ergothérapeute, assistant social, psychomotricien, secrétaire,...

La plupart du temps les SMPR sont dotés de « lits » d'hospitalisation, trois services font exception : Rouen, Bordeaux, Baie-Mahault, et seulement deux (Fresnes et Marseille) disposent d'un dispositif d'hospitalisation à temps complet. De façon générale, il s'agit en réalité d'une prise en charge de type hôpital de jour, puisque la permanence des soins n'est pas assurée et que les locaux restent sous la gouvernance pénitentiaire. Ainsi à l'intérieur des locaux des SMPR est aménagée une zone cellulaire affectée aux patients hospitalisés, dont l'autorité administrative reste dévolue à l'administration pénitentiaire. [66] Le seul mode d'admission possible en SMPR est l'hospitalisation librement consentie. À noter que seul le SMPR de Fleury-Mérogis accueille les femmes.

Pour exemple, au sein du SMPR de Seysses, le secteur des cellules d'hébergement permet une capacité d'accueil de 24 patients, avec la proposition quotidienne d'activités médiatisées ou d'ateliers thérapeutiques, en individuel ou en groupe. Son fonctionnement est étroitement coordonné à l'unité d'hospitalisation spécialement aménagée située à proximité.

## 5.3. UHSA

Elle représente le troisième niveau de soin en permettant une hospitalisation à temps plein avec ou sans le consentement du patient. Elle accueille exclusivement une population sous main de justice, des deux sexes, incluant les mineurs.

Dans l'attente de la pleine expansion des UHSA sur le territoire, la procédure d'hospitalisation d'office en vertu de l'article D398 code de procédure pénale reste applicable :

*« Les détenus atteints des troubles mentaux visés à l'article L. 3214-3 du code de la santé publique ne peuvent être maintenus dans un établissement pénitentiaire. Au vu d'un certificat médical circonstancié et conformément à la législation en vigueur, il appartient à l'autorité préfectorale de faire procéder, dans les meilleurs délais, à leur*

*hospitalisation d'office dans un établissement de santé habilité au titre de l'article L.3214-1 du code de la santé publique. Il n'est pas fait application, à leur égard, de la règle posée au second alinéa D. 394 concernant leur garde par un personnel de police ou de gendarmerie pendant leur hospitalisation. »*

Nous avons détaillé précédemment les règles de fonctionnement et les bases méthodologiques qui régissent ces nouvelles unités.

Une première tranche de construction visait à couvrir l'ensemble des directions inter-régionales pénitentiaires de la métropole avec neuf unités pour une capacité totale de 440 places, une deuxième tranche après évaluation de la première prévoyait la construction de huit autres unités, augmentant ainsi la capacité d'accueil de 265 places supplémentaires.

La plus ancienne, celle de Lyon, a ouvert en mai 2010. Celle de Toulouse est la deuxième entrée en activité, le 17 janvier 2012. Une évaluation était prévue dès l'ouverture de ces unités, afin d'en évaluer le fonctionnement et de pouvoir réaliser des ajustements avant le lancement de la seconde tranche de construction.

#### *5.4. Février 2014, rapport de la cour des comptes*

Le 14 février 2014, la cour des comptes a rendu son rapport, le Chapitre IV est consacré à la santé des personnes détenues : elle constate que l'offre d'hospitalisation psychiatrique reste incomplète et inégalement répartie sur le territoire. Les SMPR peinent à remplir leur mission de coordination régionale. En outre, leur compétence régionale n'est pas effective puisqu'en 2011, seuls 20 % des 1 125 patients hospitalisés dans un SMPR venaient d'établissements pénitentiaires extérieurs à celui où il est installé. Quant aux UHSA, le programme de déploiement est en retard : sur les neuf unités de la première tranche, qui comporte 440 lits, sept unités seulement étaient ouvertes en 2013, deux unités n'entreront en service qu'en 2015. [64]

Vingt ans après la loi de 1994, qui confiait la santé des détenus à des équipes médicales rattachées aux hôpitaux au lieu de l'administration pénitentiaire, des progrès restent à faire. De grandes disparités existent dans la prise en charge des prisonniers pour les soins somatiques et psychiatriques. La télémédecine est peu développée. La cour des comptes recommande d'inscrire dans la stratégie nationale de santé la situation des patients détenus comme une priorité et de renforcer l'offre de soins notamment psychiatrique. [67]

**DEUXIEME PARTIE :**

**NOTRE ETUDE**

## 1. Justification de l'étude

Les UHSA sont de nouvelles structures de soins particulières à plus d'un titre : d'une part leur fonctionnement propre les rend tout à fait originales dans le paysage des soins psychiatriques français, d'autre part elles représentent une nouvelle offre de soins dans le secteur psychiatrique pénitentiaire qui se complète ainsi d'un dispositif de niveau trois à l'image des autres secteurs de psychiatrie.

Ces structures pensées pour améliorer la qualité des soins proposés aux patients en situation de détention ont soulevé beaucoup de questionnements. La réticence de certains portait sur le risque d'acheminement vers une filière ségrégative concernant les soins destinés à la population sous main de justice. Cette crainte a accompagné l'ensemble des évolutions du soin en milieu pénitentiaire et a permis le maintien d'une réflexion permanente tant au plan éthique que déontologique. Cette vision est spécifique à la France qui se démarque depuis des décennies de ses voisins européens ayant opté depuis longtemps pour une prise en charge « filiarisée » des patients sous main de justice (dynamique « forensic » ayant donné naissance à de nombreux hôpitaux-prison partout dans le monde, dans une dynamique de défense sociale).

Le programme de mise en place des UHSA prévoyait une 1<sup>ère</sup> tranche avec l'ouverture de 9 unités réparties à travers le territoire. Une évaluation devrait avoir lieu avant le lancement de la 2<sup>ème</sup> tranche (8 unités supplémentaires). Les psychiatres exerçant en milieu pénitentiaire n'ont pas manqué de rappeler cette nécessité d'évaluation dans un communiqué daté d'avril 2013. [68]

Il n'y a pas d'étude descriptive à ce jour portant sur les UHSA en fonctionnement.

18 mois après l'ouverture de l'unité de Toulouse, nous avons voulu décrire la population accueillie dans la structure et la place occupée par l'UHSA dans le parcours de soin des patients amenés à y être hospitalisés. Notre objectif principal est de décrire le parcours de soin des patients ayant eu recours à cette unité.

Pour apporter une réponse aux questions posées, nous avons choisi de réaliser une étude de cohorte avec un recueil rétrospectif et prospectif.

## 2. Etude rétrospective : analyse des caractéristiques socio-démographiques et psychiatriques des patients admis à l'UHSA de Toulouse en 2012

### 2.1. Objectif de l'étude

L'objectif principal est de réaliser une description de la population accueillie en 2012 à l'UHSA de Toulouse, de façon à obtenir une représentation du profil des patients : tant sur des aspects socio-démographiques que psychiatriques.

### 2.2. Matériels et méthodes

De façon à avoir une population représentative nous avons choisi de privilégier l'exhaustivité, nous avons donc sélectionné l'ensemble des patients ayant été hospitalisés au cours de l'année 2012 avec la limite suivante : pour être inclus le patient devait être sorti en date du 31/12/2012.

Le recueil porte ainsi sur une population de 151 patients.

Concernant les sources, nous avons utilisé le logiciel de dossier informatisé « cortexte » pour recueillir les éléments socio-démographiques, les antécédents psychiatriques rapportés par les patients à l'admission, les données inhérentes à l'hospitalisation elle-même (motif, et modalité d'admission, diagnostic retenu, traitement de sortie, durée moyenne d'hospitalisation et nombre d'hospitalisations pour l'année 2012) et les questionnaires infirmiers d'entrée à l'UHSA (antécédents psychiatriques des patients et les consommations problématiques de produits), (cf annexe n°1). Le courrier d'adressage lorsqu'il était réalisé, était utilisé pour compléter le recueil.

L'ensemble des données a été collecté par l'opérateur dans une base Excel.

L'étude a pu être réalisée après aval du président de la CME du Centre Hospitalier Gérard Marchant et de la direction de l'activité hospitalière, des finances et des systèmes d'informations, concernant l'utilisation des données « anonymisées » des dossiers médicaux.

### 2.3. Recueil de données

Notre grille de recueil de données a été élaborée à partir du questionnaire d'accueil infirmier de l'UHSA, du courrier « d'adressage » et du compte-rendu d'hospitalisation. Nous avons sélectionné les items qui nous paraissaient pertinents à analyser en rapport avec notre problématique.

Nous avons retenu comme éléments de démographie : le sexe et l'âge.

Au niveau social nous avons retenu le critère du logement et 3 items qui nous paraissaient pouvoir être de bons indicateurs des soins reçus antérieurement, à savoir :

- les antécédents de placement dans la petite enfance (laissant augurer un éventuel contact précoce avec des structures médico-sociales)
- le fait d'être bénéficiaire d'une allocation adulte handicapé (AAH)
- le placement sous une mesure de protection (curatelle ou tutelle)

Ces deux derniers éléments, étant de fait corrélés à une prise en charge sanitaire et sociale.

L'indicateur « logement » permet d'entrevoir un certain degré de stabilité dans le mode de vie des patients. Nous avons fait l'hypothèse qu'il s'agit d'un élément facilitant le relais de soins et l'inscription dans le secteur.

En ce qui concerne les antécédents psychiatriques : nous avons traité de façon différenciée les éléments concernant les antécédents de soins en milieu libre de ceux reçus en milieu pénitentiaire.

Pour le milieu libre, nous avons recueilli d'une part les antécédents de contacts avec des services de soin psychiatrique, que ce soit en ambulatoire ou en hospitalier et d'autre part les antécédents de tentative de suicide.

Le questionnaire d'accueil interroge les consommations problématiques de substances, données que nous avons répertoriées.

Concernant les antécédents de soins en milieu pénitentiaire, nous nous sommes intéressés à savoir si les patients avaient déjà été hospitalisés au cours d'une incarcération, que ce soit en hospitalisation libre au sein d'un SMPR ou en hospitalisation sous contrainte en application de l'article D398 du CPP.

Nous n'avons pas recueilli, volontairement, la notion de suivi au sein des UCSA ou des DSP, du fait essentiellement que les patients qui nous étaient adressés bénéficiaient d'une prise en charge, plus ou moins ancienne et dont il était difficile de dater le début.

Nous avons recueilli les antécédents de gestes suicidaires en détention.

Comme unique donnée criminologique nous avons gardé le fait qu'il s'agit d'une primo incarcération.

Concernant l'hospitalisation à l'UHSA en elle-même, nous avons sélectionné plusieurs données qui nous paraissaient intéressantes :

- le motif d'hospitalisation
- le mode d'hospitalisation (libre ou sous contrainte)
- la durée de l'hospitalisation
- le diagnostic principal et les diagnostics associés classés dans la CIM10
- le traitement pharmacologique de sortie
- le nombre d'hospitalisations au cours de l'année 2012

Pour chacun des patients nous avons également répertorié le nom du médecin et l'établissement dont il dépend, démarche préalable à la partie prospective de notre étude dont nous décrirons plus loin le protocole.

## *2.4. Analyse des données*

L'ensemble des données a été collecté dans un tableur Excel. La vérification de l'absence de doublons, des cohérences logiques des données quantitatives et qualitatives a été réalisée par le biostatisticien. Pour les variables quantitatives ayant une distribution normale (même condition que pour la description de la population), on effectue le test de Student pour séries appariées. Si la distribution n'est pas normale on utilise le test non-paramétrique de Wilcoxon pour séries appariées.

Une valeur de  $p < 0,05$  est considérée comme statistiquement significative.

Le logiciel STATA version 11.2 est utilisé pour les analyses statistiques.

Concernant les analyses descriptives :

Pour les variables qualitatives, nous présentons les résultats sous la forme :

- Effectif total (N) de données renseignées (témoin indirect du nombre de données manquantes)
- Effectif absolu = nombre de cas (n) pour la modalité concernée
- Effectif relatif = pourcentage ( $\% = n/N$ ) pour la modalité concernée
- 

Pour les variables quantitatives :

- si elles ont une distribution non gaussienne, les résultats sont présentés sous la forme : médiane (med), intervalles interquartiles (p25-p75), minimum (min) et maximum (max)
- si elles ont une distribution gaussienne, les résultats sont présentés sous la forme : moyenne (m), écart-type (sd)

Les variables pour lesquelles les données manquantes sont supérieures à 20% sont signalées (\*).

Pour les analyses comparatives :

Analyses comparatives bi-variées de séries non appariées :

- Pour les variables qualitatives, les effectifs seront comparés par le test de Chi<sup>2</sup> de Pearson, ou par le test exact de Fisher lorsque les effectifs théoriques sont inférieurs à 5.
- Pour les variables quantitatives ayant une distribution gaussienne, on effectue le test de Student. Si la distribution n'est pas gaussienne on utilise le test non-paramétrique de Wilcoxon.

Analyses comparatives bi-variées sur séries appariées :

- Pour les variables qualitatives, on effectue le test de Mac Nemar si les conditions d'application sont remplies (somme des paires discordantes  $\geq 10$ ). Dans le cas contraire, on utilise le test exact de Mac Nemar.

Les analyses ont été réalisées selon une analyse descriptive par le biostatisticien<sup>1</sup> et l'opérateur.

---

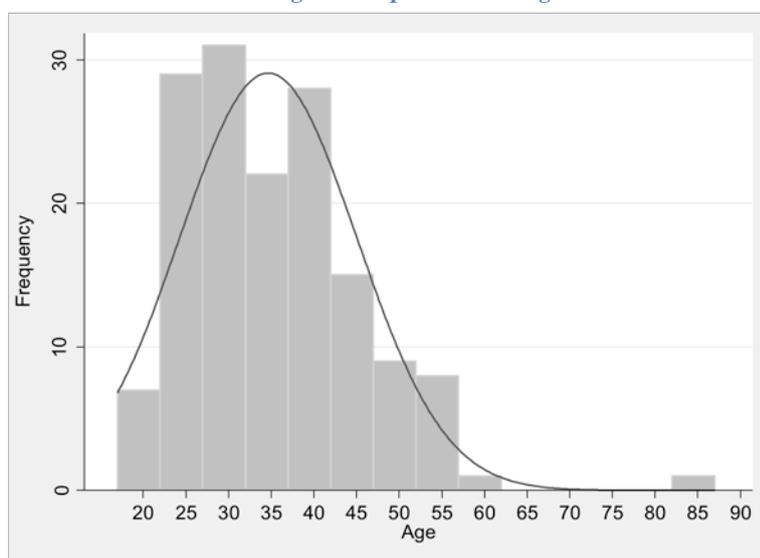
<sup>1</sup> Hélène Colineaux, interne santé publique à Toulouse

## 2.5. Résultats généraux

### 2.5.1. Cohorte, âge et sexe

L'échantillon compte 151 patients, qui sont majoritairement des hommes (n=139 ; 92%), deux d'entre eux étaient mineurs au moment de leur hospitalisation. Les patients ont en moyenne 34 ans et 6 mois ( $\sigma=10,4$ ), les extrêmes étaient de 17 et 86 ans (*figure 1*). La moyenne d'âge est calculée à partir de l'âge des patients au 31 décembre 2012.

Figure 1 Répartition des âges



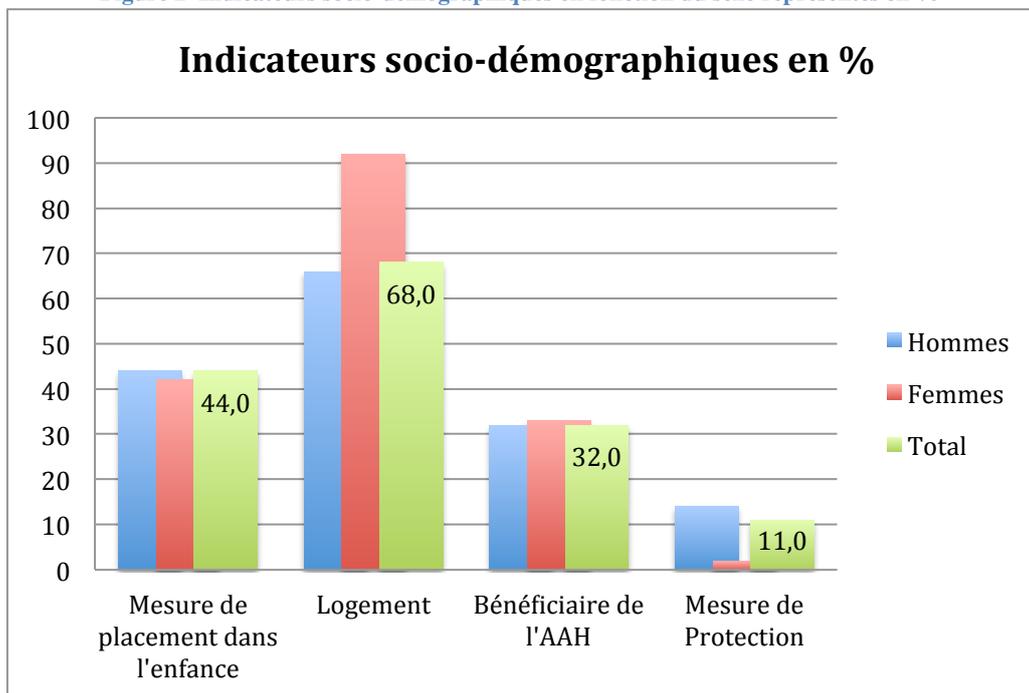
### 2.5.2. Données sociales démographiques :

Les données sont représentées en fonction du sexe, et pour la population totale sur la *figure 2*, les femmes sont moins souvent sans logement que les hommes (8% versus 35%) sans que cela soit significatif. Pour les autres indicateurs la distribution des indicateurs est similaire.

- 44% ont été placés dans l'enfance (n=57),
- 11% ont une mesure de protection (n=16) et
- 32% bénéficient d'une allocation adulte handicapé (n=48).
- 68% avaient un logement stable avant l'incarcération (n=102) et il s'agissait de la première pour 54% d'entre eux (n=66)

A noter concernant l'attribution de l'allocation adulte handicapée, qu'elle a pu être obtenue pour 22 patients, au cours de leur hospitalisation à UHSA.

Figure 2 Indicateurs socio-démographiques en fonction du sexe représentés en %



### 2.5.3. Patients primo-incarcérés :

Dans notre cohorte il s'agissait de la première incarcération pour 54% des patients (n=66).

### 2.5.4. Les conduites addictives

Seuls les patients déclarant un usage problématique du produit ont été répertoriés, sont exclus les utilisateurs occasionnels. Au moment de leur entrée à l'UHSA : 59% des patients (n=89) déclaraient présenter un usage problématique pour un ou plusieurs produits. La répartition des consommations est indiquée dans le *tableau 1*.

Tableau 1 Addictions

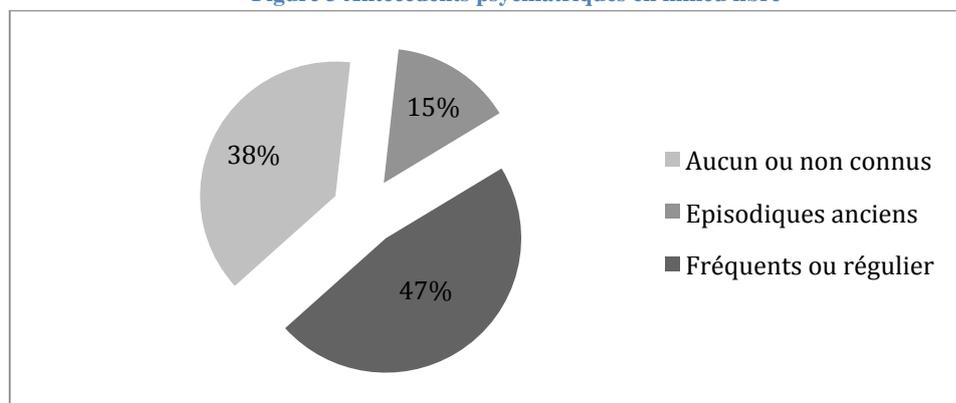
Variables et modalités	N	n / m	% / sd
<b>Consommation de toxiques</b>	<b>150</b>		
Oui		89	59%
Non		51	41%
Dont			
Alcool	<b>149</b>	42	28%
THC	<b>149</b>	52	35%
TSO	<b>150</b>	20	13%

### 2.5.5. Antécédents psychiatriques en milieu libre :

Nous avons choisi de les répertorier en trois sous-groupes (*cf tableau 1*), représentés sur la *figure 3* :

- Le premier, inclut l'ensemble des patients n'ayant jamais bénéficié d'un suivi en psychiatrie ou pour lesquels nous n'avons aucun élément concernant les antécédents psychiatriques, ce groupe compte 58 patients dont quatre femmes et un mineur.
- Le deuxième concerne les patients déclarant avoir déjà bénéficié, soit de plusieurs hospitalisations, soit de plusieurs consultations, sans suivi régulier et sans contact récent avec la psychiatrie, contacts que nous avons qualifié d'épisodiques ou anciens. Il compte 22 patients hommes.
- Le troisième est constitué des patients déclarant bénéficier d'un suivi actif et régulier au moment de l'incarcération, ou de contacts multiples et répétés récents avec un service de psychiatrie. Ce dernier sous-groupe compte 71 patients dont 8 femmes et 1 mineur.

- **Figure 3 Antécédents psychiatriques en milieu libre**



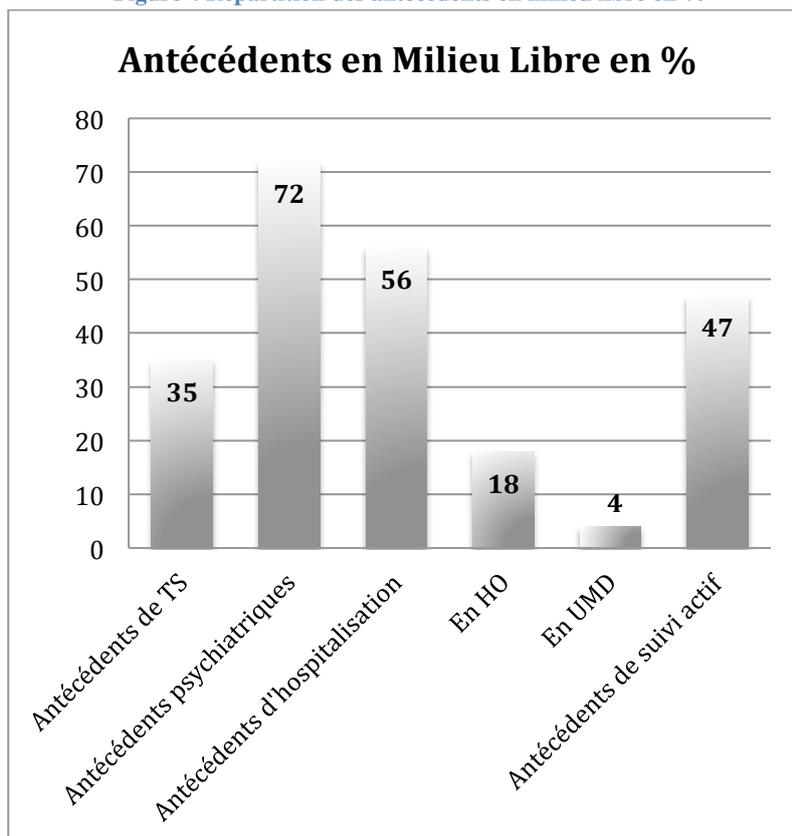
Le détail des antécédents psychiatriques en milieu libre est présenté sur la *figure 4* :

- environ 30% des patients avaient des antécédents de tentatives de suicide.
- 56% des patients avaient déjà été hospitalisés en milieu libre (n=74) dont 33% en HO (N=24) et 7% en UMD (N=5).

**Tableau 2 Données socio-démographiques et psychiatriques**

<b>Variables et modalités</b>	<b>N</b>	<b>n / m</b>	<b>% / sd</b>
<b>Age (en années)</b>	<b>151</b>	34,6	10,4
<b>Sexe</b>	<b>151</b>		
Homme		139	92%
Femme		12	8%
<b>Placement dans l'enfance</b>	<b>130</b>		
Oui		57	44%
Non		73	56%
<b>Logement</b>	<b>151</b>		
Oui		102	68%
Non		49	32%
<b>Allocation adulte handicapé</b>	<b>151</b>		
Oui		48	32%
Non		103	68%
<b>Mesure de protection</b>	<b>150</b>		
Oui		16	11%
Non		134	89%
<b>Hospitalisation en milieu libre</b>	<b>133</b>		
Oui		74	56%
Non		59	44%
Dont			
HO	<b>73</b>	24	33%
UMD	<b>74</b>	5	7%
<b>Hospitalisation en MP</b>	<b>122</b>		
Oui		90	74%
Non		32	26%
Dont			
HO	<b>87</b>	63	72%
SMPR	<b>90</b>	47	52%
UMD/USIP	<b>90</b>	17	19%
<b>Tentative de suicide</b>	<b>141</b>		
Oui		92	65%
Non		49	35%
Dont			
En milieu libre	<b>136</b>	47	35%
En détention	<b>139</b>	68	49%
<b>Suivi psychiatrique antérieur</b>	<b>151</b>		
Aucun		58	38%
Rare, ancien		22	15%
Actif		71	47%

Figure 4 Répartition des antécédents en milieu libre en %



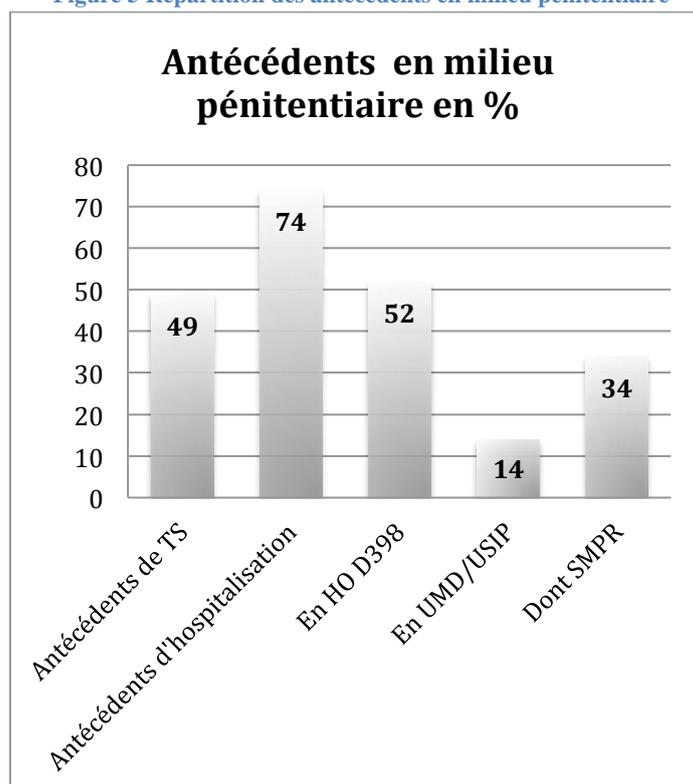
#### 2.5.6. Les antécédents psychiatriques en milieu pénitentiaire :

La *figure 5* montre comment se répartissaient les antécédents d'hospitalisation psychiatrique en milieu pénitentiaire.

74% (n=90) des patients, avaient bénéficié d'une hospitalisation au cours d'une période d'incarcération, 40% en secteur de psychiatrie générale en application de l'article D398 du CPP, 17 patients avaient eu recours à une hospitalisation en établissement spécialisé, type UMD ou USIP (Unité de Soins Psychiatrique Intensifs).

Concernant les tentatives de suicide elles concernaient 45,7% d'entre eux. Les données détaillées sont répertoriées dans le *tableau 4*.

Figure 5 Répartition des antécédents en milieu pénitentiaire



#### 2.5.7. Modalités d'admission

En ne prenant en compte que la 1<sup>ère</sup> hospitalisation, pour les patients ayant eu recours à plusieurs reprises à l'UHSA en 2012, l'admission était libre dans 61% (n=92) des cas et sur décision d'un représentant de l'état (SDRE) dans 39% (n=59) des cas.

#### 2.5.8. Motifs d'hospitalisation :

Les motifs d'hospitalisation les plus fréquents sont les décompensations psychotiques (n=49 ; 32%), suivi par les symptômes dépressifs (n=37 ; 24%). Les diagnostics les plus fréquents sont les psychoses (48%, n=73) et les troubles de la personnalité (25%, n=38). Les résultats sont présentés dans le *tableau 3*.

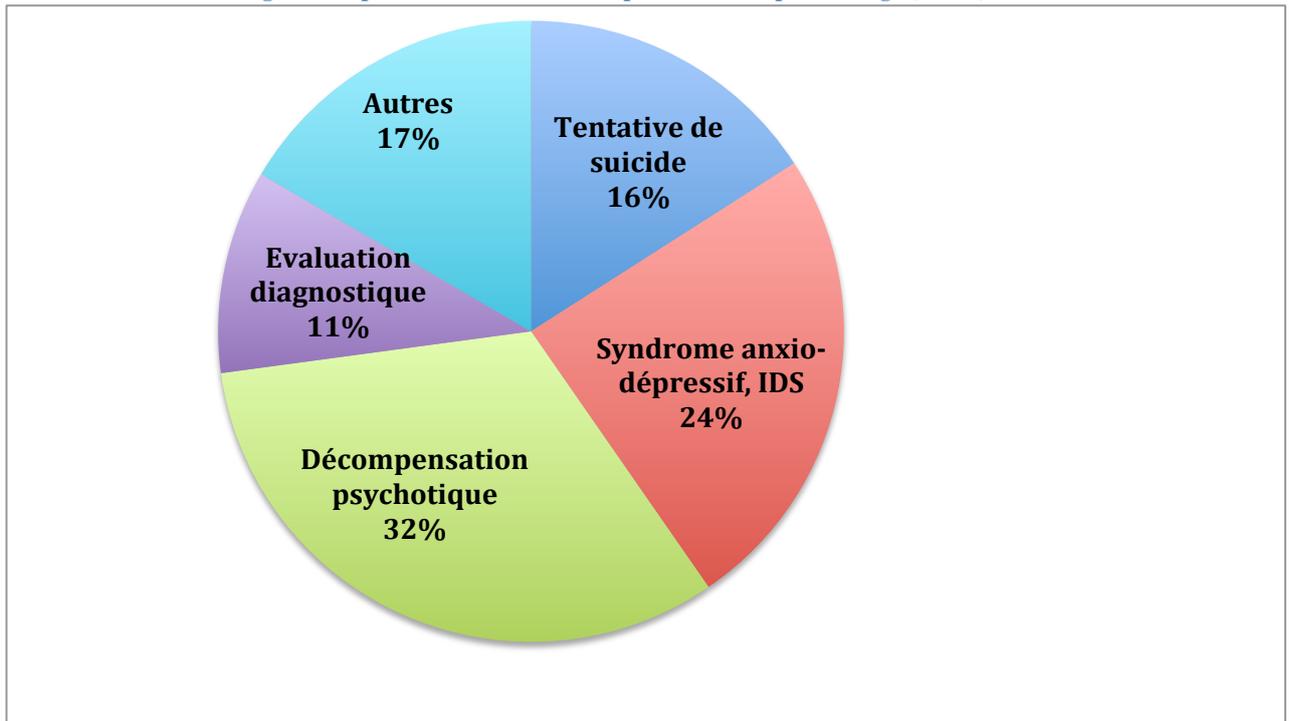
**Tableau 3. Caractéristiques de l'hospitalisation**

<b>Variables &amp; modalités</b>	<b>N</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Diagnostic</b>	<b>151</b>		
Addictions		4	3%
Psychoses		73	48%
Troubles de l'humeur		16	11%
Troubles anxieux		15	10%
Troubles de la personnalité		43	28%
<b>Modalités</b>	<b>151</b>		
Hospitalisation libre		92	61%
Décision d'un RE*		59	39%
<b>Motifs d'hospitalisation</b>	<b>151</b>		
Idées suicidaires, dépression		37	24%
Tentative de suicide		24	16%
Décompensation psychotique		49	32%
Evaluation diagnostique		16	11%
Autres		25	17%

RE : représentant de l'Etat

Comme on peut le voir sur la *figure 7*, les décompensations psychotiques représentaient 32% des motifs d'hospitalisation, 40% étaient représentés par une symptomatologie anxio-dépressive, associée ou non à une tentative de suicide, venaient ensuite les hospitalisations pour évaluation diagnostique ou adaptation thérapeutique (11%), dans la catégorie « autres » on retrouvait : les troubles du comportement (n=17), incluant des comportements auto, ou hétéro-agressifs, et des états d'agitation, 4 cas de décompensation maniaque, 2 cas de demande d'aide au sevrage dans le cadre d'un mésusage médicamenteux, 1 patient a été accueilli transitoirement de retour d'un séjour en UMD, un autre a été admis dans un contexte de réintégration de fugue (lors d'une précédente hospitalisation en HOD398).

Figure 6 Répartition des motifs d'hospitalisation en pourcentage (n=151)



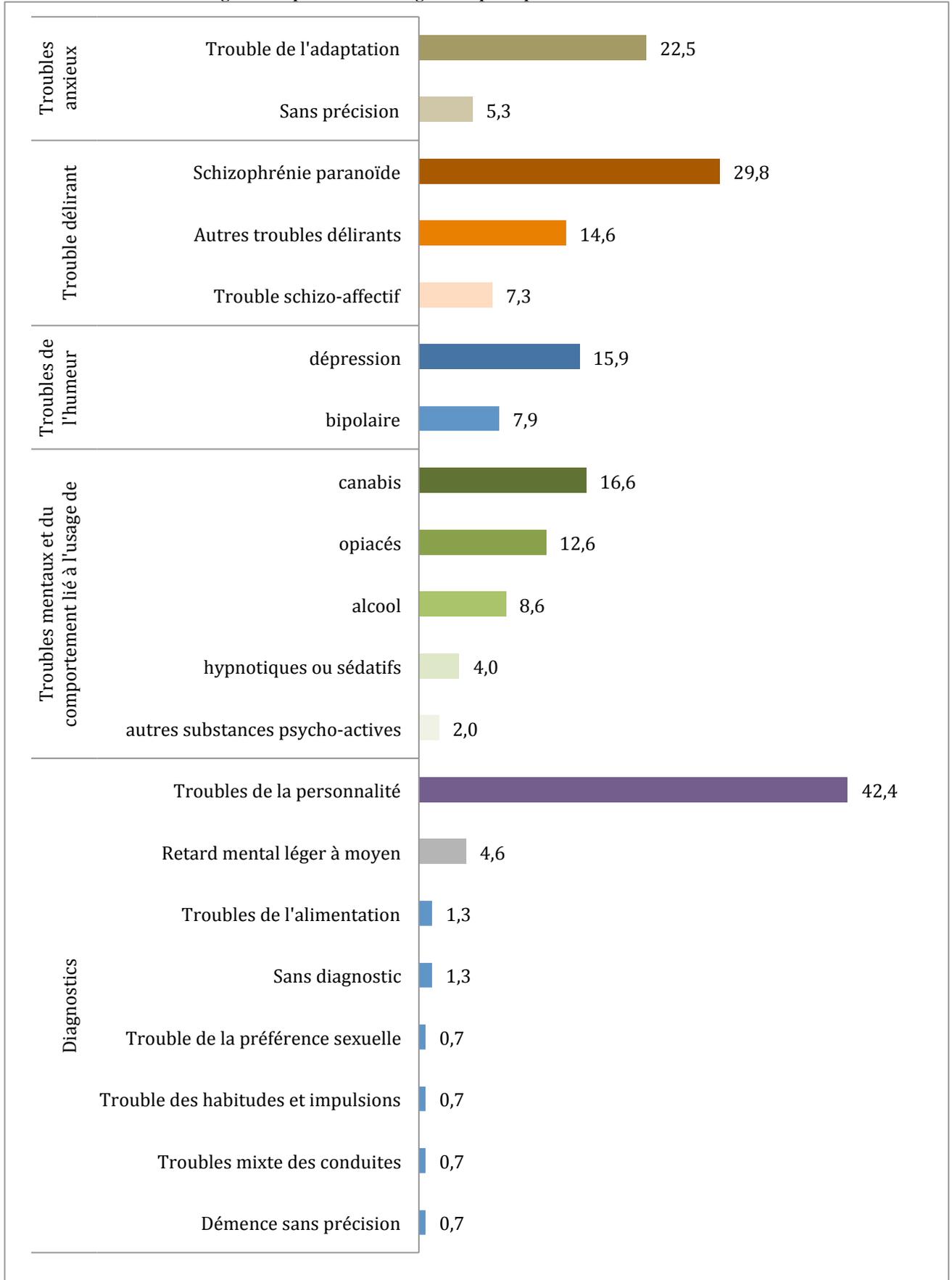
#### 2.5.9. Diagnostics principaux et associés

Les diagnostics principaux se déclinaient en 5 catégories selon la classification internationale des maladies, CIM 10.

- F10-F19 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives
- F20-F29 Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants
- F30-F39 Troubles de l'humeur
- F40-F48 Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes
- F60-F69 Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte

Dans la *figure 8* sont représentés les diagnostics principaux et associés, en pourcentage, tels que communiqués par l'équipe du DIM de l'hôpital Gérard Marchant. Certains patients ont pu avoir plusieurs attributions diagnostiques au sein d'une même sous-catégorie, c'est le cas par exemple des troubles psychotiques et des troubles de la personnalité.

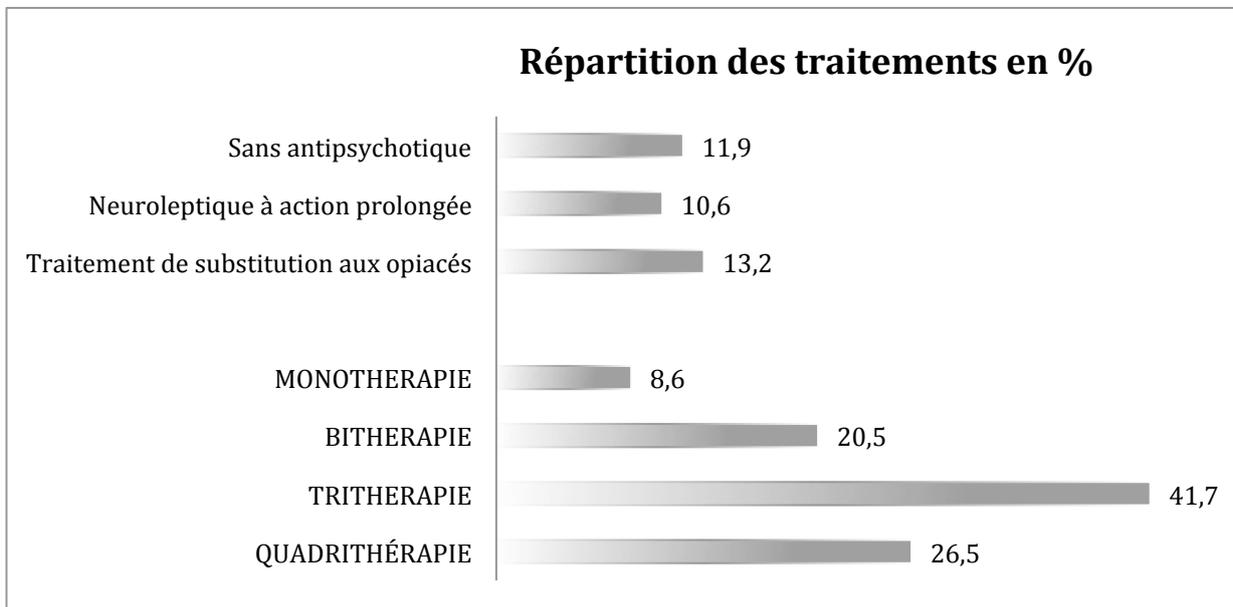
**Figure 7 Répartition des diagnostics principaux et associés en %**



### 2.5.10. Traitement de sortie

Seulement deux patients avaient comme traitement de sortie des médicaments à la demande. La *figure 8* représente la répartition des traitements de sortie, uniquement les traitements systématiques. Cette répartition est exprimée en pourcentage des prescriptions totales. Le type de thérapie est qualifié selon le nombre de classes pharmacologiques prescrites parmi les quatre principales utilisées en psychiatrie, à savoir : anxiolytique, hypnotique, régulateur de l'humeur et antipsychotique. Plus de 88% des patients étaient traités par antipsychotiques.

Figure 8 Description des traitements de sortie



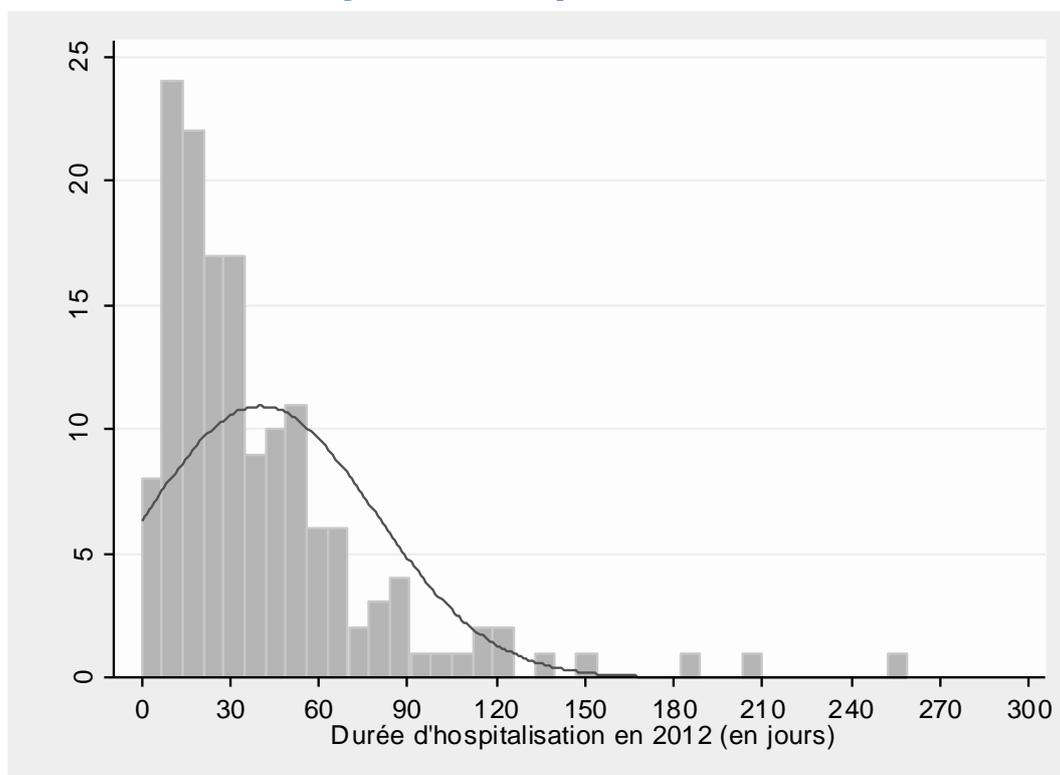
### 2.5.11. Nombre et durée moyenne d'hospitalisations

La durée médiane de séjour est de 31 jours [15-52], représentée graphiquement sur la *figure 9*. La majorité des patients ont été hospitalisés 1 seule fois en 2012 (75%, n=113). (cf *tableau 4*) 27% (n=38) des patients ont été ré-hospitalisés dans l'année à l'UHSA, les ré-hospitalisation sous contraintes représentaient 25% (n=11) des ré-hospitalisations (en majorité des patients psychotiques : n=9). 50% des femmes ont été hospitalisées plusieurs fois en 2012, une seule en SDRE.

Tableau 4 Durée moyenne d'hospitalisation, et nombre de séjours en 2012

Variables & modalités	USHA		
	N	n/med	%/IIQ
<b>Durée d'hospitalisation (jour)</b>	<b>151</b>	31	15-52
<b>Nombre d'hospitalisations en 2012</b>	<b>151</b>		
	1	113	75%
	2	29	19%
	3 ou +	9	6%

Figure 9 Durée des hospitalisations en 2012



## 2.6. Résultats en fonction du sexe

### 2.6.1. Données socio-démographiques

Chez les femmes, au nombre de 12, la moyenne d'âge est de 35 ans et 9 mois, avec des extrêmes de 24 et 52 ans. Les données socio-démographiques selon le sexe sont répertoriées dans le *tableau 5*. Les femmes sont moins souvent sans logement que les hommes (8% versus 35%) sans que cela soit significatif. Cf *figure 2, p.42*

**Tableau 5 Données socio-démographiques en fonction du sexe**

Variables & modalités	Homme (N=139)			Femme (N=12)			p
	N	n	%	N	n	%	
<b>Placement</b>	<b>118</b>			<b>12</b>			0,87 <sup>C</sup>
Oui		52	44%		5	42%	
Non		66	56%		7	58%	
<b>Logement</b>	<b>138</b>			<b>12</b>			0,10 <sup>F</sup>
Oui		91	66%		11	92%	
Non		48	35%		1	8%	
<b>Allocation adulte handicapé</b>	<b>139</b>			<b>12</b>			1,00 <sup>F</sup>
Oui		44	32%		4	33%	
Non		95	68%		8	67%	
<b>Mesure de protection</b>	<b>138</b>			<b>12</b>			0,62 <sup>F</sup>
Oui		14	10%		2	17%	
Non		124	90%		10	83%	

<sup>C</sup> test de Chi2 --- <sup>F</sup> test exact de Fisher (si effectifs théoriques < 5)

### 2.6.2. Primo-incarcération :

Dans notre cohorte, et il s'agissait de la première incarcération pour 54% des patients (n=66). Comme on peut le voir dans le *tableau 6*, cette proportion se distribuait différemment selon le sexe :

- 56% des hommes (n=78), avaient déjà été incarcérés,
- 67% des femmes étaient incarcérées pour la première fois (n=8).

**Tableau 6 Situation de primo-incarcération selon le sexe**

Variables & modalités	Homme (N=139)			Femme (N=12)			p
	N	n	%	N	n	%	
<b>Primo-incarcération</b>	<b>133</b>			<b>12</b>			0,13 <sup>C</sup>
Oui		58	44%		8	67%	
Non		75	56%		4	33%	

<sup>C</sup> test de Chi2 --- <sup>F</sup> test exact de Fisher (si effectifs théoriques < 5)

### 2.6.3. Les addictions et les antécédents psychiatriques :

42% des femmes étaient concernées (n=5). La répartition des consommations problématiques en fonction du sexe est représentée dans la *figure 10*.

On retrouvait : 31% des hommes (n=42) déclarant une consommation excessive d'alcool, 37% des hommes (n=52) déclaraient un usage problématique de cannabis. Vingt patients déclaraient être consommateurs d'opiacés (soit 13%), tous bénéficiaient d'un Traitement de Substitution aux Opiacés (TSO), dont on ne peut préciser s'il a été initié au cours de l'incarcération ou non. Six patients déclaraient une dépendance aux psychotropes tous de la classe benzodiazépines et apparentés.

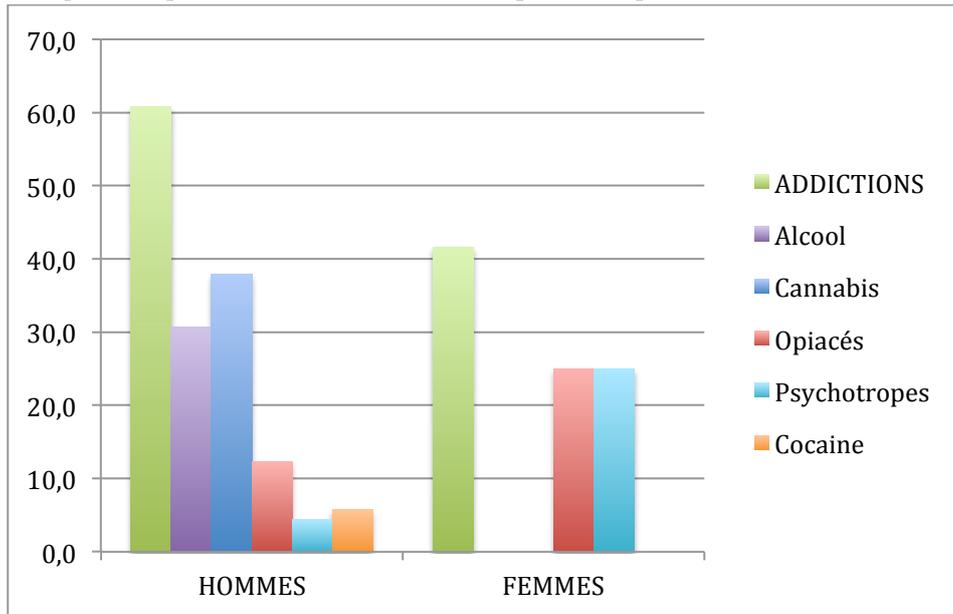
Les femmes consomment significativement moins souvent de l'alcool (0% versus 31%) et du cannabis (0% versus 38%), comparativement aux hommes. Deux d'entre elles déclaraient une dépendance aux benzodiazépines et apparentées, 2 étaient sous TSO mais se disaient sevrées d'autres consommations, 1 était poly-consommatrice (opiacés, psychotropes et substances psychoactives diverses), sous TSO depuis son incarcération. (*cf tableau 7*)

**Tableau 7 Consommations problématiques et antécédents selon le sexe**

Variables & modalités	Homme (N=139)			Femme (N=12)			p
	N	n	%	N	n	%	
<b>Consommation de toxiques*</b>	<b>138</b>			<b>12</b>			0,23 <sup>F</sup>
Oui		84	61%		5	42%	
Non		54	39%		7	58%	
	<b>137</b>			<b>12</b>			<b>0,02<sup>F</sup></b>
Alcool		42	31%		0	0%	
Pas d'alcool		95	69%		12	100%	
	<b>137</b>			<b>12</b>			<b>&lt;0,01<sup>F</sup></b>
THC		52	38%		0	0%	
Pas de THC		85	62%		12	100%	
	<b>138</b>			<b>12</b>			0,20 <sup>F</sup>
TSO		17	12%		3	25%	
Pas de TSO		121	88%		9	75%	
<b>Hospitalisation en milieu libre</b>	<b>122</b>			<b>11</b>			0,35 <sup>F</sup>
Oui		66	54%		8	73%	
Non		56	46%		3	27%	
<b>Hospitalisation en MP</b>	<b>112</b>			<b>10</b>			0,72 <sup>F</sup>
Oui		83	74%		7	70%	
Non		29	26%		3	30%	
<b>Tentative(s) de suicide</b>	<b>129</b>			<b>12</b>			0,22 <sup>F</sup>
Oui		82	64%		10	83%	
Non		47	36%		2	17%	
	<b>124</b>			<b>12</b>			0,11 <sup>F</sup>
TS en milieu libre		40	32%		7	58%	
Pas de TS en milieu libre		84	68%		5	42%	
	<b>129</b>			<b>10</b>			0,53 <sup>F</sup>
TS en milieu pénitencier		62	48%		6	60%	
Pas de TS en milieu pénitencier		67	52%		4	40%	
<b>Suivis psychiatrique antérieur</b>	<b>139</b>			<b>12</b>			0,16 <sup>C</sup>
Aucun ou anecdotique		76	55%		4	33%	
Actif		63	45%		8	67%	

<sup>C</sup> test de Chi2 --- <sup>F</sup> test exact de Fisher (si effectifs théoriques < 5)

Figure 10 répartition des conduites addictives problématiques en fonction du sexe en %



Concernant les antécédents psychiatriques, les femmes semblent bénéficier plus souvent de soins que les hommes en milieu libre que ce soit en ambulatoire ou en hospitalisation, 67% (n=8) d'entre elles bénéficiaient d'un suivi avant leur incarcération contre 45% des hommes (n=63), elles ont par ailleurs plus fréquemment des antécédents de tentatives de suicide (83%, n=8), contre 64% pour les hommes (n=82). Cf tableau 7

#### 2.6.4. Motifs d'hospitalisation

Les motifs d'hospitalisation les plus fréquents sont chez les femmes les idées suicidaires ou les symptômes dépressifs (50%, n=6) et chez les hommes les décompensations psychotiques (35%, n=48), de façon non significative. (cf tableau 8)

Tableau 8 Répartition des motifs d'hospitalisation selon le sexe

Variables & modalités	Homme (N=139)			Femme (N=12)			p
	N	n	%	N	n	%	
<b>Motifs d'hospitalisation</b>	<b>139</b>			<b>12</b>			0,12 <sup>F</sup>
Idées suicidaires, dépression		31	22%		6	50%	
Tentative de suicide		23	17%		1	8%	
Décompensation psychotique		48	35%		1	8%	
Evaluation diagnostique		15	11%		1	8%	
Autres		22	16%		3	25%	

<sup>C</sup> test de Chi2 --- <sup>F</sup> test exact de Fisher (si effectifs théoriques < 5)

### 2.6.5. Diagnostics en fonction du sexe

Comme on peut le voir dans le *tableau 8*, les 2 diagnostics les plus fréquents se distribuent un peu différemment selon le sexe avec une prédominance de psychoses chez les hommes (50% des diagnostics, n=70) et de troubles de la personnalité chez les femmes (50%, n=6).

On peut noter qu'aucune femme n'a été admise en SDRE en 2012 lors de son 1<sup>er</sup> passage, une seule a été hospitalisée sous contrainte pour une deuxième hospitalisation la même année. (*cf tableau 9*)

**Tableau 9 Caractéristiques de l'hospitalisation en fonction du sexe**

Variables & modalités	Homme (N=139)			Femme (N=12)			p
	N	n	%	N	n	%	
<b>Diagnostic</b>	<b>139</b>			<b>12</b>			0,30 <sup>F</sup>
Addictions		4	3%		0	0%	
Psychoses		70	50%		3	23%	
Troubles de l'humeur		14	10%		2	17%	
Troubles anxieux		14	10%		1	8%	
Troubles de la personnalité		37	27%		6	50%	
<b>Modalités</b>	<b>139</b>			<b>12</b>			<0,01 <sup>F</sup>
Hospitalisation libre		80	58%		12	100%	
Sur la Décision d'un Représentant de l'Etat		59	42%		0	0%	

<sup>C</sup> test de Chi2 --- <sup>F</sup> test exact de Fisher (si effectifs théoriques < 5)

## 2.7. Sous groupes diagnostiques

Nous avons réalisé l'analyse des données socio-démographiques, des antécédents psychiatriques et des données liées à l'hospitalisation, en fonction de sous-groupes nosographiques. Nous avons considéré pour cela uniquement le diagnostic principal.

- les troubles psychotiques (48%),
- les troubles de la personnalité (28%),
- les autres diagnostics : les troubles de l'humeur (16 patients), les troubles anxieux : essentiellement les troubles de l'adaptation (14 patients dont une femme), et les troubles des conduites addictives : pour deux patients liés à l'alcool, pour un au cannabis, et pour un autre aux opiacés.

Les troubles psychotiques se répartissaient de la façon suivante :

- Schizophrénie : 39
- Troubles délirants chroniques : 8
- Troubles psychotiques aigus et transitoires : 13 (dont une femme)
- Trouble délirant induit : 2
- Troubles schizo-affectifs : 9 dont deux femmes
- Psychose non organique, sans précision : 2

Les 43 diagnostics de troubles de la personnalité étaient répartis comme suit :

- personnalité paranoïaque : 4
- personnalité dyssociale : 4
- personnalité émotionnellement labile : 22, (dont 5 femmes)
- personnalité histrionique : 2
- personnalité dépendante : 1
- personnalité narcissique : 2
- trouble de la personnalité, sans précision : 4, (dont une femme)
- troubles mixtes de la personnalité : 4

Les troubles de l'humeur étaient représentés par :

- les troubles dépressifs : 9 patients, (dont deux femmes)
- dont 3 troubles dépressifs récurrents,
- le trouble bipolaire : 7 patients.

Tableau 10 Résultats descriptifs par catégories diagnostiques

Variables et modalités	Troubles Psychotiques (N=73)			Troubles de la personnalité (N=43)			Autres (N=35)*			
	N	n / med	% / IIQ	N	n / med	% / IIQ	N	n / med	% / IIQ	
Age (en années)	73	33	27-40	43	29	25-40	35	39	30-43	
Sexe	73			43			35			
	Homme	70	96%		37	86%		32	91%	
	Femme	3	4%		6	14%		3	9%	
Placement dans l'enfance	63			41			26			
	Oui	24	38%		26	63%		7	27%	
	Non	39	62%		15	37%		19	73%	
Logement	73			43			35			
	Oui	42	58%		32	74%		28	80%	
	Non	31	42%		11	26%		7	20%	
Allocation adulte handicapé	73			43			35			
	Oui	37	51%		6	14%		5	14%	
	Non	36	49%		37	86%		30	86%	
Mesure de protection	73			43			34			
	Oui	13	18%		1	2%		2	6%	
	Non	60	82%		42	98%		32	94%	
Consommation de toxiques	73			43			34			
	Oui	42	58%		25	58%		22	65%	
	Non	31	42%		18	42%		12	35%	
Dont	Alcool	73	18	25%	42	11	26%	34	13	38%
	THC	73	30	41%	43	15	35%	33	7	21%
	Opiacés	73	5	8%	43	6	12%	34	9	26%
Primo-incarcération	68			43			34			
	Oui	25	37%		20	47%		21	62%	
	Non	43	63%		23	53%		13	38%	
Hospitalisation en milieu libre	65			35			31			
	Oui	44	68%		17	49%		12	39%	
	Non	21	32%		18	51%		19	61%	
Hospitalisation en MP	61			32*			29			
	Oui	50	82%		22	69%		18	62%	
	Non	11	18%		10	31%		11	38%	
Tentative de suicide	66			42			33			
	Oui	38	58%		30	71%		24	73%	
	Non	28	42%		12	29%		9	27%	
Dont	En milieu libre	63	15	24%	41	21	51%	32	11	34%
	En détention	67	29	43%	42	23	55%	30	16	53%
Suivi psychiatrique antérieur	73			43			35			
	Aucun	22	30%		13	30%		19	54%	
	Rare, ancien	17	23%		12	28%		4	11%	
	Actif	34	47%		18	42%		12	34%	

Le tableau 10 présente l'ensemble des données rétrospectives en fonction de la catégorie diagnostique.

Les patients psychotiques semblent avoir moins souvent un logement stable (58% des cas contre 77% pour les autres). Ils bénéficient plus souvent d'une allocation adulte handicapé (51% contre 14%) et d'une mesure de protection (18% contre 4%). Ils semblent aussi avoir plus souvent été hospitalisés en milieu libre et au cours d'une incarcération. Ils ont moins souvent des antécédents de tentatives de suicide (58% contre 72%), les tentatives de suicide sont presque deux fois plus fréquentes en milieu pénitentiaire, comparativement avec le

milieu libre (24% versus 43% en milieu pénitentiaire). Moins de un patient psychotique sur deux bénéficiait d'un suivi régulier avant son incarcération (47%), et un tiers n'avait jamais eu de contact avec la psychiatrie en milieu libre.

Les patients ayant un trouble de la personnalité ont plus souvent été placés dans l'enfance (63% contre 35%). Ils sont plutôt plus jeunes que la moyenne d'âge de la cohorte (29 ans). Ils semblent avoir plus souvent des antécédents de tentatives de suicide en milieu libre (51% versus 27%). Les antécédents de tentatives de suicide étant équivalents entre milieu libre et milieu pénitentiaire dans cette catégorie diagnostique.

Les patients ayant un diagnostic autre (troubles de l'humeur, troubles anxieux et troubles des conduites addictives), ont plus souvent un logement, consomment plus souvent de l'alcool et des opiacés, mais moins souvent du cannabis. Il s'agit plus souvent de leur 1<sup>ère</sup> incarcération (62%). Ils ont moins d'antécédents psychiatriques en milieu libre.

Les caractéristiques liées à l'hospitalisation en elle-même en fonction des diagnostics principaux montrent que les patients souffrant d'un trouble psychotique sont plus souvent hospitalisés en SDRE. Les motifs d'hospitalisation en lien avec la crise suicidaire sont plus fréquents pour les troubles de personnalité et pour la catégorie incluant : troubles de l'humeur, troubles anxieux et troubles des conduites addictives ; 60% des cas dans chaque groupe. Pour la catégorie des troubles psychotiques la crise suicidaire représente 19% des motifs, alors que 58% sont en lien avec une décompensation délirante.

En ce qui concerne la durée moyenne d'hospitalisation elle est supérieure dans le groupe des patients psychotiques (39 jours), comparativement aux deux autres groupes.

Le détail des résultats est présenté dans le *tableau 11*

**Tableau 11 Caractéristiques de l'hospitalisation à l'UHSA en fonction du diagnostic**

Variables et modalités	Troubles Psychotiques (N=73)			Troubles de la personnalité (N=43)			Autres (N=35)		
	N	n / med	% / IIQ	N	n / med	% / IIQ	N	n / med	% / IIQ
<b>Modalités</b>	<b>73</b>			<b>43</b>			<b>35</b>		
Hospitalisation libre		35	<b>48%</b>		32	<b>74%</b>		27	<b>77%</b>
Sur la Décision d'un Représentant de l'Etat		38	<b>52%</b>		11	26%		8	23%
<b>Motifs d'hospitalisation</b>	<b>73</b>			<b>43</b>			<b>35</b>		
Idées suicidaires, dépression		6	8%		16	<b>37%</b>		15	<b>43%</b>
Tentative de suicide		8	11%		10	<b>23%</b>		6	17%
Décompensation psychotique		42	<b>58%</b>		3	7%		4	11%
Evaluation diagnostique		10	14%		2	5%		4	11%
Autres		7	10%		12	28%		6	17%
<b>Durée d'hospitalisation (jour)</b>	<b>73</b>	<b>39</b>	20-63	<b>43</b>	<b>24</b>	14-36	<b>35</b>	<b>19</b>	10-52

## 2.8. Discussion

### 2.8.1. Le profil des patients

Notre échantillon se compose pour l'essentiel d'hommes jeunes. Moins de la moitié des patients bénéficiaient d'une prise en charge psychiatrique régulière avant leur incarcération, et un tiers avait des antécédents de tentative de suicide en milieu libre.

Ces différences sont moins marquées concernant les antécédents en milieu pénitentiaire. Le taux d'antécédents d'hospitalisations au cours d'une incarcération est plus important qu'en milieu libre. Les comportements suicidaires sont eux aussi plus fréquents.

Parmi les éléments socio-démographiques que nous avons déjà évoqués, les différences concernant les antécédents de placement pendant l'enfance semblent être un facteur favorisant l'accès aux soins. D'autre part, ce facteur semble être plus fréquent dans la sous-catégorie diagnostique des troubles de la personnalité.

### 2.8.1. Les problématiques addictives

D'après les études de prévalence des troubles addictifs en prison, on estime entre 35 à 55% la proportion de détenus concernés par ce problème. Nous sommes surpris par l'apparente sous-évaluation des consommations addictives, tant déclaratives que diagnostiquées, ce qui n'est pas propre à cette étude puisqu'il s'agit d'une particularité de cette pathologie et de ces troubles. La force du déni et la banalisation se conjuguent pour sous-estimer les consommateurs problématiques. Eu égard au nombre, en proportion, des motifs d'incarcération liés aux infractions à la législation des stupéfiants (30% des détenus en maison d'arrêt), il est probable que nos chiffres ne représentent qu'une vision très épurée des consommations et addictions réellement présentées par notre cohorte. Cette conviction est confortée par le fait que les comorbidités addictives des pathologies psychiatriques chroniques sont bien documentées. Et qu'elles appartiennent aux facteurs de risques de comportement violent chez les patients. [48] [69]

Il serait certainement intéressant de pouvoir dépister plus précisément ces troubles afin de renforcer la prise en charge de ces difficultés et travailler par là-même à la prévention de la rechute ( favorisée par l'usage de psychotropes par le psychotique ) qui peut entraîner un passage à l'acte médico-légal, guidé par l'addiction au produit ( soit par effet de surconsommation, avec amnésie rétrograde, soit par le fait d'un « craving » incontrôlable menant à des actes irréfléchis pour se procurer le produit, sans oublier la conduite sous stupéfiants et/ou alcool, ... )

Deux de nos patients, actuellement en hospitalisation, pourraient témoigner des ravages de leur consommation sur leur vie. Le 1<sup>er</sup> est victime d'un « craving » insupportable pour la cocaïne, il a mis en échec par sa rechute une permission dévolue à la préparation de sa sortie de prison. Réincarcéré immédiatement, alourdi d'une peine de 13 mois de détention supplémentaire, et subissant l'effet d'une séparation conjugale et de la désapprobation de son entourage familial, il se relève peu à peu d'un épisode dépressif majeur, empreint de culpabilité et d'une introspection douloureuse. La force du pouvoir addictif du produit et la dépendance associée nécessitent un long travail de soutien et d'accompagnement, le fait de ne plus être exposé à la substance ne suffit pas à déjouer les circuits neuronaux de la récompense.

Un autre décrit une sensation de manque intense d'alcool, qui persiste encore après plusieurs années d'incarcération. Il a même expérimenté des productions locales douteuses, s'exposant à des risques sanitaires évidents. Il se montre lucide et volontaire pour soigner sa dépendance, qui l'a conduit de nombreuses fois à être incarcéré. Conscient de sa vulnérabilité à pouvoir faire face à des circonstances stressantes, telle que la libération, qui reste une période très anxiogène.

### 2.8.1. La crise suicidaire

La crise suicidaire est un moment de souffrance psychique intense, qui fait suite à l'épuisement des stratégies d'adaptation, et des mécanismes de défenses du sujet. [35]

On l'a vu, ce motif représente la majorité des recours à l'UHSA, la fréquence de ce recours semble supérieure pour les patients présentant un trouble autre que la psychose. Ces recours permettent la plupart du temps une hospitalisation en mode libre. La prévention du suicide reste une priorité commune à tous les acteurs intervenant auprès de personnes détenues. Comme le montre le rapport Terra de 2004, [70] le taux de suicide en prison ne cesse d'augmenter malgré les mesures prises telles que la formation massive des personnels pénitentiaires, la mise en place de cellules sécurisées dotées de kit de protection d'urgence, la création de la commission pluri-disciplinaire unique, ...

La courbe du taux de suicides en prison ne parvient pas à s'inverser.

Un protocole de « co-détenu de soutien » est en cours d'expérimentation dans plusieurs prisons françaises, il s'agit d'impliquer des détenus volontaires et motivés, dans la surveillance de patients suicidaires. [28]

En 2011, d'après Pierre Tournier, 123 suicides de personnes sous écrou sont à déplorer (116 en détention et 7 hors détention). Avec une valeur de 17 pour 10 000 le taux de suicides sous écrou est un des plus élevés de l'Union Européenne. Le risque suicidaire ( 11 fois supérieur à la population générale) est quatre fois plus élevé pour les prévenus que pour les condamnés. Environ 15% des suicides ont lieu dans les dix premiers jours d'écrou et 2/3 au-delà des trois premiers mois passés sous écrou. [71]

### 2.8.2. Le parcours de soin en psychiatrie avant l'incarcération en cours

Pour illustrer le parcours de soin antérieur à l'incarcération, nous avons isolé trois groupes de patients. Notre étude permet de constater que dans notre cohorte, seulement 47% des patients étaient régulièrement suivis en milieu libre. Le fait d'être suivi antérieurement à l'incarcération n'a pas de lien statistiquement significatif avec le fait d'être logé, même s'il semble que les patients qui n'avaient jamais eu de contacts avec la psychiatrie étaient moins logés.

Cependant la question du logement revêt un intérêt particulier lorsqu'on s'interroge sur la coordination et la continuité des soins, puisqu'il est le vecteur principal de l'organisation de la psychiatrie sectorisée. L'absence de logement fixe est un facteur favorisant le nomadisme médical, et la discontinuité des soins.

Nous sommes interpellés par le fait que plus du tiers des patients ayant eu recours à une hospitalisation à l'UHSA en 2012 n'avait jamais eu de contact avec un service de psychiatrie générale que ce soit en ambulatoire ou en hospitalisation.

Parmi eux le taux d'hospitalisations sous contrainte était supérieur à celui des hospitalisations libres et la répartition des diagnostics était similaire en proportion à celui du sous-groupe de patients déjà connu de la psychiatrie, soit plus de 50 % de patients présentant des troubles psychotiques.

Plusieurs hypothèses pourraient expliquer cet état de fait : on pourrait imaginer que cette proportion est liée au profil même de notre cohorte : d'une part avec une moyenne d'âge de 34 ans et demi, en très grande majorité masculine, on se situe effectivement dans une tranche de la population particulièrement à risque de présenter les premiers symptômes d'une maladie psychotique, d'autre part il s'agit également d'une population présentant un fort taux d'usage problématique de substances psychoactives, qui représente un facteur de risque important de décompensation psychiatrique.

Nous pouvons également nous interroger sur l'origine ethnique et sur les facteurs migratoires concernant les sujets incarcérés. Les variations culturelles dans la perception de la maladie mentale pourraient expliquer un retard du diagnostic. Les mouvements migratoires peuvent favoriser la rupture des soins.

### 2.8.1. Le groupe des femmes

Il faut rester prudent quant à l'analyse de ce sous-groupe qui est de taille modeste. Toutefois il à noter que les femmes sont particulièrement représentées dans notre cohorte en proportion du nombre de femmes incarcérées. Au 1<sup>er</sup> février 2012, 2688 femmes étaient écrouées en France contre 75222 hommes, soit 3,6% de femmes. Celles-ci sont plus fréquemment suivies et bénéficient plus souvent d'un traitement par psychotropes : 45% d'entre elles, contre 18% des hommes en moyenne. [72]

A titre d'exemple, parmi les femmes incarcérées à Seysses : 100% sont suivies par le SMPR.

Dans notre étude, concernant leurs antécédents, comparativement avec le groupe des hommes, elles semblent bénéficier davantage de soins en milieu libre, que ce soit en ambulatoire ou en hospitalisation, elles ont plus souvent des antécédents de tentatives de suicide. Elles présentent plus souvent des troubles de la personnalité, en particulier émotionnellement labile. Nos résultats sont conformes aux données de la littérature sur ces points. [73][74]

On peut s'interroger sur la faible déclaration de consommations addictives, on peut imaginer que les consommations d'alcool et de cannabis chez les femmes détenues gardent une connotation péjorative.

Le femmes sont systématiquement hospitalisées en mode libre, cette particularité peut être liée d'une part à la moindre représentation des troubles psychotiques dans cette catégorie, mais également au fait qu'il n'existe pas de SMPR permettant d'accueillir les femmes dans les régions couvertes par l'UHSA de Toulouse.

On peut également interroger le fait que les femmes présentent un taux de ré-hospitalisation dans l'année de 50%.

Plusieurs hypothèses peuvent être avancées face à cet état de fait :

- les troubles de personnalité type état-limite dont l'expression pathologique est émaillée de crises clastiques, ou suicidaires, nécessitant un recours au soin fréquent.
- la vulnérabilité particulière des femmes à l'univers carcéral, en particulier pour celles qui sont mères. Lors de son audition publique du 14 mai 2009, Jean-Marie Delarue (CGLPL) estimait que « les femmes souffrent plus que les hommes en prison » et que ce constat nécessitait une attention particulière afin de préserver leur dignité et de prendre en considération leur rôle de mère.
- les femmes semblent avoir plus de facilité que les hommes à solliciter une aide ou un soutien psychique. [75]
- l'éloignement géographique des détenues de leur région d'origine et donc de leur famille est plus fréquent car il existe moins d'établissements pénitentiaires accueillant les femmes. [76]

## 2.8.2. Sous-groupe des patients psychotiques

Les patients concernés par ce sous-groupe nous interrogent à plusieurs titres. La moitié ne bénéficiait d'aucun suivi psychiatrique en milieu libre. On peut dès lors s'intéresser à ce fait :

- S'agit-il de patients dont les troubles sont passés inaperçus en milieu libre ?
- S'agit-il de patients dont la pathologie se révèle au décours du passage à l'acte à l'origine de l'incarcération ?
- S'agit-il de patients dont les troubles s'aggravent secondairement aux conditions de détention, rendant alors nécessaire une prise en charge hospitalière ?

Dans tous les cas on peut faire l'hypothèse d'une majoration de la symptomatologie en milieu carcéral du fait du caractère hostile de cet environnement et du phénomène de désafférentation affective et sociale.

Dans l'hypothèse d'une primo-décompensation d'un trouble psychotique au cours de l'incarcération, plusieurs facteurs peuvent être incriminés :

- l'âge jeune des patients qui les place dans une période à risque de décompensation psychiatrique (maladie bipolaire, psychose...)
- les comorbidités addictives souvent corrélées avec des troubles psychiques
- l'angoisse générée par cette période avec rupture des liens affectifs et désinsertion sociale.

Plusieurs formes de troubles psychotiques sont à distinguer même si les classifications d'aide au diagnostic telles que la CIM10 ne permettent pas d'illustrer ces différences. Leur évaluation nécessite non seulement d'avoir un peu de recul sur l'évolution de la pathologie mais également de voir si les troubles s'amendent avec un retour à des conditions habituelles de vie. Il s'agit des psychoses carcérales induites et autres décompensations psychotiques atypiques dans un contexte de troubles de personnalité type état-limite à expression psychopathique : revenons sur les descriptions du Pr Senon à la lumière de nos résultats :

- Le cas des psychoses chroniques, pour lesquelles le passage à l'acte est, dans nombre de cas, révélateur de la maladie et pour lesquelles l'application de l'article 122-1 est justifiée. Elles préexistent dans la plupart des cas à l'incarcération, mais leur symptomatologie est insidieuse, ce qui rend difficile le diagnostic des experts.

- Les décompensations psychotiques aiguës transitoires peuvent survenir chez un patient présentant un état limite à expression psychopathique. Dans le cas de troubles de personnalité psychopathiques, on peut constater des décompensations psychotiques aiguës avec un délire de persécution et des troubles du comportement clastiques. Ces états suraigus sont souvent rapidement réversibles avec ou sans traitement. Ces décompensations peuvent faire passer les psychopathes pour des psychotiques. Ces pathologies peuvent survenir à tout moment de la détention et justifient une prise en charge hospitalière.

- Les « psychoses réactionnelles brèves » sont également des décompensations psychotiques aiguës qui surviennent particulièrement en milieu carcéral. Elles sont secondaires aux restrictions relationnelles du milieu et rythmées par les événements de la détention : choc de l’incarcération, imminence du jugement, transfert et difficulté d’adaptation, ou proximité de la libération... Elles peuvent nécessiter une hospitalisation. [26]

On remarque effectivement dans notre cohorte que parmi les patients hospitalisés pour décompensation psychotique on retrouve des personnes souffrant de troubles de personnalité.

Les patients dont le diagnostic principal est celui de schizophrénie paranoïde sont le plus souvent déjà bénéficiaires de soins à l’extérieur. On peut toutefois s’interroger sur les 30% de la population des psychotiques, qui n’ont jamais eu de contact avec la psychiatrie. Nous n’avons pas les éléments suffisants pour pouvoir déterminer si l’incarcération est liée à un passage à l’acte signant une primo-décompensation de la maladie psychotique. [39]

Les tentatives de suicide des psychotiques sont presque deux fois plus fréquentes en milieu pénitentiaire qu’en milieu libre, on peut probablement incriminer une sensibilité toute particulière à la situation de désafférentation affective subie par cette population en prison. On imagine également que cette catégorie, particulièrement vulnérable, peut être la cible de maltraitance ou de stigmatisation provenant des autres détenus.

Les stratégies adaptatives des psychotiques sont particulièrement mises à mal en détention : environnement hostile, persécutant, source de méfiance, de paranoïa.

### 2.8.1. Le sous-groupe des troubles de la personnalité

Il s’agit d’une population qui a plus souvent des antécédents de placement dans l’enfance. Un contact précoce avec des structures médico-sociales et éducatives pourraient laisser penser qu’un recours aux soins en soit facilité à l’âge adulte, ce qui n’est pas démontré dans notre échantillon : les patients présentant des troubles de personnalité ne font pas plus souvent l’objet d’un suivi en milieu libre.

On peut être surpris dans cette catégorie que les tentatives de suicide ne soient pas plus fréquentes en milieu pénitentiaire qu’en milieu libre compte tenu que le contexte carcéral est un modèle de contrainte, de rapport de force propice à l’expression de l’impulsivité qui caractérise ces patients, particulièrement les états limites. Ce qui est constaté en détention comme passages à l’acte auto-agressifs : les automutilations et scarifications, ne représentent pas une atteinte à la vie, et par conséquent ne sont pas répertoriées dans les tentatives de suicide.

Le cas particulier des patients dits état-limites à expression psychopathique nous intéresse spécialement dans la pratique quotidienne à l’UHSA. Caractérisé par une clinique du passage

à l'acte, ils peuvent présenter des décompensations psychiatriques brutales, d'allure psychotique, voire mélancolique, réversibles avec ou sans support médicamenteux. Ces patients présentent régulièrement des conduites de mise en danger et des conduites addictives. En lutte contre des angoisses de vide et d'anéantissement, le passage à l'acte (automutilations, scarifications, tentatives de suicide) représente une issue possible à l'acmé de l'angoisse, où la tension interne est intolérable, solution de décharge à visée anxiolytique plus qu'autolytique. [77]

On peut imaginer que le recours à l'acte fréquemment présenté par les état-limites en prison est davantage un moyen de communication, d'expression de mal-être, que des velléités de mort comme l'illustre Claude Balier, le corps comme support à l'expression d'un indicible, le recours à l'acte comme « un court-circuit à la mentalisation. »

### 2.8.2. Le troisième sous groupe

Il est composé des patients souffrant de troubles anxieux, de troubles de l'humeur et de troubles addictifs. Ils sont légèrement plus âgés, peu familiers avec la psychiatrie et avec la détention, souvent hospitalisés pour des tentatives de suicide, on peut penser que ce sous-groupe est constitué de patients qui décompensent un trouble psychique en réaction ou consécutif à l'incarcération, favorisé par les désafférentations socio-professionnelles, et affectives.

Ces patients sont la plupart du temps hospitalisés sur une courte période et n'ont pas tendance à revenir.

## 3. Etude prospective : analyse du devenir à un an

### 3.1. Objectif de l'étude

L'objectif était d'observer le parcours de soin des patients après leur passage à l'UHSA. Il s'agissait de s'enquérir du devenir en terme de prise en charge sanitaire des patients à un an.

### 3.2. Matériels et méthodes

#### 3.2.1. La population :

Dans l'optique d'avoir une population représentative nous avons choisi de privilégier l'exhaustivité, nous avons donc sélectionné l'ensemble des patients ayant été hospitalisés au cours de l'année 2012, avec la limite suivante : pour être inclus le patient devait être sorti en date du 31/12/2012. Le recueil porte ainsi sur une population de 151 patients.

#### 3.2.2. Outils de recueil

Un questionnaire destiné aux médecins « adresseurs » a été élaboré par nos soins et figure en annexe n°2, il a été volontairement simplifié au maximum pour espérer un taux de réponse suffisant.

Il nous permettait de connaître 5 variables :

- l'amélioration clinique perçue par le médecin au retour du patient de son hospitalisation
- le suivi actuel du patient, connu, probable ou inconnu.
- le bénéfice d'un traitement en cours
- le recours à une nouvelle hospitalisation en psychiatrie en 2013
- une question subsidiaire appréciait la qualité de la communication entre les deux structures de soin concernées eu égard à la prise en charge du patient.

### 3.3. Recueil et analyse de données

L'ensemble des données a été collecté dans un tableur Excel. La vérification de l'absence de doublons, des cohérences logiques des données quantitatives et qualitatives a été réalisée par le biostatisticien. La méthodologie des analyses statistiques est identique à l'étude rétrospective.

### 3.4. Résultats

Un questionnaire a été envoyé à tous les médecins ayant adressé à UHSA les patients de notre cohorte. Six items étaient à renseigner, les réponses attendues étaient binaires (oui/non), sauf dans le cas où le patient n'était plus suivi par le médecin interrogé, il était demandé alors de préciser le service ayant pris le relais des soins. De la même façon, si le médecin répondait positivement à la question explorant un recours à une nouvelle hospitalisation pour le patient, il était demandé de préciser le lieu. Le déploiement d'une certaine communication autour de l'envoi de ces questionnaires a permis un taux de retour très satisfaisant. Quelques recueils ont été faits directement par voie téléphonique, au total 145 questionnaires étaient exploitables avec cependant des données manquantes.

Le *tableau 12* figure les résultats obtenus concernant les principaux items.

**Tableau 12 Caractéristiques générales du devenir à 1 an**

Variables & modalités	N	n	%
<b>Amélioration clinique</b>	<b>127</b>		
Oui		101	80%
Non		26	20%
<b>Suivi</b>	<b>145</b>		
Actif (en MP ou en ML*)		60	41%
Relais par une autre équipe		38	26%
Perdu de vue par l'équipe		46	32%
Décès		1	0%
<b>Hospitalisation (en 2013)</b>	<b>74*</b>		
Oui		58	78%
Non		16	22%
Dont			
Secteur	<b>58</b>	15	26%
SMPR	<b>58</b>	9	15%
UHSA	<b>58</b>	34	59%

\* MP : Milieu Pénitentiaire, ML : Milieu Libre

#### 3.4.1. Appréciation de l'état clinique au retour d'hospitalisation

Sur les 145 questionnaires exploitables, 18 n'étaient pas renseignés pour cet item, 101 étaient cotés positivement, contre 26 qui ont répondu par la négative. L'équipe qui a adressé le patient déclare une amélioration clinique dans 80% des cas (n=101).

### 3.4.2. Le patient est-il toujours suivi ?

Parmi les 145 questionnaires exploitables, comme on peut le voir sur le *tableau 12* : dans 60 cas (41%) nous pouvions affirmer que le suivi du patient était toujours actif, soit par le médecin ayant rempli le questionnaire, soit par l'équipe ayant pris le relais des soins, dans 46 cas la réponse était négative et le médecin ne pouvait pas préciser qui avait pris le relais de soins, ces patients sont considérés comme perdus de vue par l'équipe (32%), dans 38 situations (26%) le médecin avait répondu qu'il ne suivait plus le patient personnellement, il pouvait préciser à qui le patient avait été adressé sans pouvoir affirmer que ce relais avait été effectif. Un patient était décédé, après sa libération, il avait été adressé au service de psychiatrie de son secteur, le décès est survenu dans des circonstances liées à sa pathologie, secondaire à des conduites de mise en danger déraisonnées.

Sur la *figure 11*, est représenté le devenir du patient à 1 an selon les précisions apportées par les médecins interrogés. Dans 10 cas l'item n'était pas renseigné pour cette information.

La *figure 12* représente le devenir en terme de projet de soin lorsque le patient avait été libéré (n=65). Quatre d'entre eux ont été déclarés irresponsables (6%) et pris en charge par leur secteur de rattachement. Pour 43 patients un relais avait été organisé (66%), parmi eux au moins quatre n'ont pas donné suite à la proposition de relais, 2 patients avaient été à nouveau incarcérés (l'un avait un diagnostic de trouble de personnalité type état limite, l'autre avait un diagnostic de trouble psychotique). Pour 12 patients aucun relais n'avait été organisé (27,7%).

Parmi les patients toujours suivis, trois d'entre eux ont été ré-hospitalisés à l'UHSA au moment du déploiement du questionnaire. Ces deux patients psychotiques, avaient été libérés depuis leur 1<sup>er</sup> passage, mais rapidement réincarcérés et déjà ré-hospitalisés à l'UHSA.

Figure 11 Devenir des patients à un an

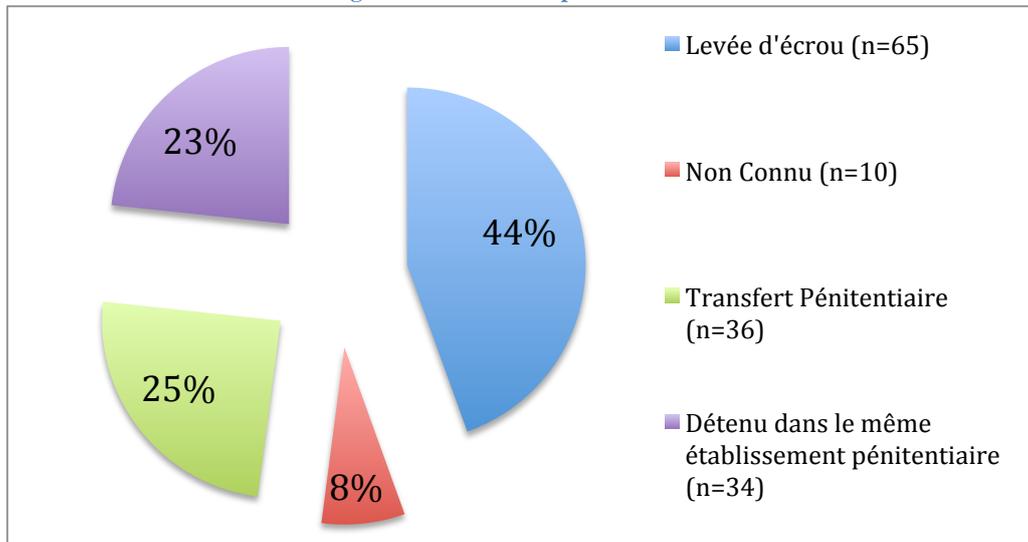
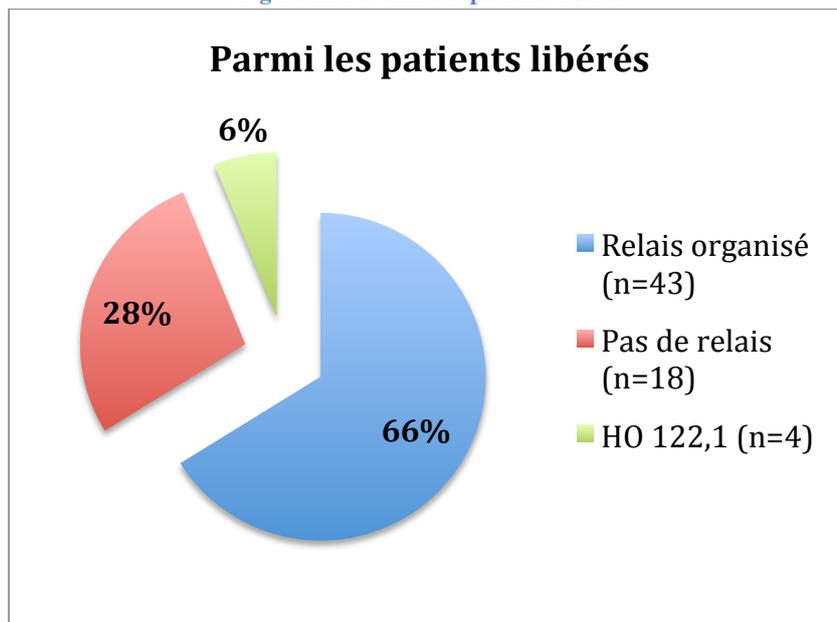


Figure 12 Devenir des patients libérés



### 3.4.3. Le patient bénéficie-t-il toujours d'un traitement ?

Cette question ne peut être prise en compte que pour le groupe de patients toujours suivi par le médecin qui a rempli le questionnaire, ou bien lorsque des investigations complémentaires ont permis de l'affirmer, elle était renseignée 60 fois, et dans 58 cas positivement.

### 3.4.4. Le patient a-t-il eu recours à une hospitalisation en 2013 ?

De la même façon cette question ne peut être considérée seulement au sein du groupe de patients toujours suivi par le médecin qui remplit le questionnaire, ou bien lorsque des investigations complémentaires ont permis de l'affirmer.

Parmi les 145 questionnaires, 71 données étaient manquantes pour cet item, dans 16 cas le médecin pouvait affirmer que le patient n'a jamais été ré-hospitalisé en 2013.

Pour 58 patients on avait la notion d'une nouvelle hospitalisation, la distribution des lieux d'hospitalisations est présentée sur la *figure 13* : 34 patients avaient été ré-hospitalisés au moins une fois au sein d'une l'UHSA, 32 à Toulouse, un à Lille et un autre à Nancy.

Lorsque l'information est disponible (N=74), les patients ont été ré-hospitalisés dans 78% des cas (n=58), majoritairement à l'UHSA (n=34).

Figure 13 Hospitalisations en 2013, représentés en nombre de patients par lieux



### 3.4.5. Appréciation de la coordination des soins avec l'UHSA

Cet item a fait l'objet de peu de commentaires, la plupart du temps lorsqu'il était renseigné, il était coté positivement (n=98), 5 réponses ont été négatives, avec la proposition à deux reprises de favoriser les échanges notamment par voie téléphonique, le reste des questionnaires n'étaient pas renseignés pour cet item, soit 43 cas.

### 3.5. Discussion

#### 3.5.1. Un nombre important de perdus de vue

La question du devenir est difficile à explorer dans le contexte de l'incarcération, comme nous l'avons évoqué, nombre de transferts pénitentiaires sont imprévisibles, et il arrive que les levées d'écrou le soient aussi. Il est donc particulièrement difficile de suivre la trajectoire de tous ces patients, dont les origines géographiques dépassent largement les deux régions couvertes par l'UHSA de Toulouse. (Languedoc-Roussillon et Midi-Pyrénées)

Le tourisme pénitentiaire est de règle en particulier pour les détenus condamnés à de longues peines, pour les autres il est fonction du comportement du détenu, et de la disponibilité des places. Les détenus peuvent formuler des vœux de rapprochement familial qui souvent nécessitent une certaine latence avant d'être mis en œuvre.

#### 3.5.2. Poursuite des soins en milieu pénitentiaire

Pour les cas de transferts pénitentiaires inopinés, on peut envisager de façon assez optimiste que la poursuite des soins a pu s'opérer, grâce au dépistage systématique de chaque nouvel arrivant en établissement pénitentiaire.

#### 3.5.3. Poursuite des soins en milieu libre

En milieu libre la poursuite des soins est moins évidente, bien qu'elle soit, comme on l'a vu, le plus souvent envisagée et préparée mais on ne peut pas être certain de la poursuite des soins. Dans notre échantillon nous avons pu répertorier parmi les patients dont le suivi avait été préparé des ruptures de soin précoces (au moins 3 cas pour des patients pris en charge par le Centre Hospitalier Gérard Marchant). A deux reprises les médecins ont précisé sur le questionnaire que le patient avait refusé le relais. Dans plusieurs autres situations le relais se limitait des coordonnées téléphoniques. Lorsque la levée d'écrou est opérée depuis l'UHSA, l'organisation du relais semble facilitée, d'une part parce que la famille peut être sollicitée et rencontrée relativement facilement, et d'autre part parce que la proximité de l'hôpital et les relations avec les secteurs sont de qualité.

#### 3.5.4. Parcours pénitentiaire source de discontinuité

En lui-même, le parcours pénitentiaire est source d'incertitude. La temporalité est réglée par les notifications du greffe qui informe parfois tardivement le détenu des décisions judiciaires le

concernant : par exemple le renouvellement d'un mandat de dépôt vient prolonger de 4 mois supplémentaires l'attente. Dans le cas de longues condamnations, le patient est amené à séjourner au CNE, Centre National d'Evaluation à Fresnes, période qui permet à l'administration pénitentiaire d'évaluer les dispositions particulières à prendre pour la personne et le type de structure dont elle relève.

### 3.5.5. Relais des soins le plus souvent organisés

On l'a vu la plupart du temps un relais est envisagé et organisé. Cependant la période de la sortie est en elle-même une période de réorganisation psychique et environnementale, on peut aisément imaginer que rencontrer un nouveau thérapeute, une nouvelle équipe, dans une période où tout est nouveau et à reconstruire peut être ardu pour le patient. Dans le cas où le patient retrouve son environnement familial, il paraît utile d'impliquer les personnes ressources dans cette démarche.

### 3.5.6. Le taux de ré-hospitalisations

34 patients ont été ré-hospitalisés à l'UHSA sur l'année 2013, un chiffre important mais qui ne paraît pas disproportionné étant donné les pathologies présentées par notre cohorte. On peut imaginer qu'il s'agit pour certains d'une première prise en charge en psychiatrie, l'environnement hostile du milieu carcéral n'est pas idéal pour la stabilisation des troubles, les patients psychotiques ont tendance à revenir en hospitalisation plus souvent que les autres.

En outre notre étude montrait que les patients psychotiques qui n'avaient jamais eu de contact avec la psychiatrie en milieu libre étaient plus souvent hospitalisés sous contrainte et lorsqu'ils revenaient en hospitalisation, là encore, c'était plus souvent sous contrainte.

## 4. Analyse des indicateurs corrélés au parcours des soins.

### *4.1. Objectifs*

Dans cette étude statistique nous avons voulu savoir si des indicateurs rétrospectifs étaient corrélés à la poursuite de la prise en charge après l'hospitalisation.

Nous avons effectué des tests statistiques au sein des populations les plus représentées, à savoir les psychotiques et les patients souffrant de troubles de la personnalité.

### *4.2. Matériel et méthode*

La vérification de l'absence de doublons, des cohérences logiques des données quantitatives et qualitatives a été réalisée par le biostatisticien. La méthodologie d'analyse statistique est développée pour la partie rétrospective de notre étude.

## 4.3. Résultats

### 4.3.1. En fonction du sexe

Comme nous pouvons le voir dans le *tableau 13*, les diagnostics les plus fréquents se distribuent un peu différemment selon le sexe (de façon non significative) avec une prédominance de psychoses chez les hommes (50% des diagnostics, n=70) et de troubles de la personnalité chez les femmes (50%, n=6).

De la même façon, les motifs d'hospitalisation les plus fréquents chez les femmes sont les idées suicidaires ou symptômes dépressifs (50%, n=6) et les décompensations psychotiques chez les hommes (35%, n=48), de façon non significative.

Les femmes sont significativement moins souvent hospitalisées sous contrainte (0% versus 42%). On ne montre pas de différence significative entre les hommes et les femmes en termes d'évolution à 1 an.

Tableau 13. Prise en charge et évolution en fonction du sexe

Variables & modalités	Homme (N=139)			Femme (N=12)			p
	N	n	%	N	n	%	
<b>Diagnostic</b>	<b>139</b>			<b>12</b>			0,30 <sup>F</sup>
Addictions		4	3%		0	0%	
Psychoses		70	50%		3	23%	
Troubles de l'humeur		14	10%		2	17%	
Troubles anxieux		15	11%		1	8%	
Troubles de la personnalité		36	26%		6	50%	
<b>Modalités</b>	<b>139</b>			<b>12</b>			<0,01 <sup>F</sup>
Hospitalisation libre		80	58%		12	100%	
Sur la Décision d'un représentant de l'Etat		59	42%		0	0%	
<b>Motifs d'hospitalisation</b>	<b>139</b>			<b>12</b>			0,12 <sup>F</sup>
Idées suicidaires, dépression		31	22%		6	50%	
Tentative de suicide		23	17%		1	8%	
Décompensation psychotique		48	35%		1	8%	
Evaluation diagnostique		15	11%		1	8%	
Autres		22	16%		3	25%	
<b>Amélioration clinique</b>	<b>115</b>			<b>12</b>			0,71 <sup>F</sup>
Oui		92	80%		9	75%	
Non		23	20%		3	25%	
<b>Suivi</b>	<b>132</b>			<b>12</b>			0,48 <sup>F</sup>
Actif (milieu libre ou pénitentiaire)		57	43%		5	42%	
Relais par une autre équipe		34	26%		4	33%	
Perdu de vue par l'équipe		41	31%		3	25%	
<b>Hospitalisation</b>	<b>70*</b>			<b>4*</b>			1,00 <sup>F</sup>
Oui		55	79%		3	75%	
Non		15	21%		1	25%	

<sup>C</sup> test de Chi2 --- <sup>F</sup> test exact de Fisher (si effectifs théoriques < 5)

#### 4.3.1. En fonction du diagnostic

- Le suivi

Nous avons essayé de rechercher s'il existait des différences entre la qualité du suivi, avant et après l'hospitalisation à l'UHSA selon la catégorie diagnostique à laquelle appartient le patient. Les *tableaux 14 et 15* en sont l'illustration : les patients souffrant de troubles psychotiques et les patients ayant un trouble de la personnalité ont globalement le même profil de suivis avant l'hospitalisation avec 30% de patients non suivis, environ 25% suivis de façon chaotique et 45% suivis activement. On ne montre pas de différences significatives avec les patients ayant un autre diagnostic ( $p > 1,0165$ ) mais ces patients semblent être plus souvent antérieurement non suivis (significativité intermédiaire). Les patients psychotiques semblent être moins souvent perdus de vue (non significatif).

**Tableau 14 caractéristiques du suivi en fonction du diagnostic**

Variables et modalités	Psychotiques (N=73)			<-> p	Tbles pers. (N=43)			<-> p	Autres (N=35)			p
	N	n	%		N	n	%		N	n	%	
<b>Suivis antérieurs</b>	<b>73</b>			0,83 <sup>C</sup>	<b>43</b>			0,05 <sup>C</sup>	<b>35</b>			0,06 <sup>C</sup>
Aucun		22	30%			13	30%			19	54%	
Rare, ancien		17	23%			12	28%			4	11%	
Actif		34	47%			18	42%			12	34%	
<b>Suivis à 1 an</b>	<b>71</b>			0,24 <sup>C</sup>	<b>41</b>			0,49 <sup>C</sup>	<b>32</b>			0,75 <sup>C</sup>
Actif ou relais organisé		51	72%			25	61%			22	69%	
Perdus de vue		20	28%			16	39%			10	31%	

<sup>C</sup> test de Chi2 --- <sup>F</sup> test exact de Fisher (si effectifs théoriques < 5)

Rq : correction de Bonferroni appliquée à tous les tests => seuil de significativité =  $\alpha/3 = 0,0165$

- Le devenir

**Tableau 15 Caractéristiques du devenir en fonction du diagnostic**

Variables et modalités	Troubles Psychotiques (N=73)			Troubles de la personnalité (N=43)			Autres (N=35)		
	N	n / med	% / IIQ	N	n / med	% / IIQ	N	n / med	% / IIQ
<b>Amélioration clinique</b>	<b>62</b>			<b>37</b>			<b>28</b>		
Oui		52	84%		28	76%		21	75%
Non		10	16%		9	24%		7	25%
<b>Suivi</b>	<b>71</b>			<b>41</b>			<b>32</b>		
Actif (en milieu libre ou pénitentiaire)		31	44%		15	37%		14	44%
Relais par une autre équipe		20	28%		10	24%		8	25%
Perdus de vue par l'équipe		20	28%		16	39%		10	31%
<b>Hospitalisation (en 2013)</b>	<b>38*</b>			<b>19*</b>			<b>17*</b>		
Oui		32	84%		15	79%		11	65%
Non		6	16%		4	21%		6	35%

## 4.4. Discussion

### 4.4.1. Particularités des femmes

Il faut rester prudent quant à l'analyse de ce sous-groupe qui est de taille modeste.

Le sous-groupe des femmes se différencie sensiblement de celui des hommes. Les femmes présentent plus souvent des troubles de la personnalité, en particulier du type émotionnellement labile. Par contre elles ne se différencient pas des hommes quant au suivi ultérieur, mis à part un recours plus fréquent à des hospitalisations.

### 4.4.2. Quelles différences dans le profil des suivis ?

Comme le montrent nos résultats, aucune différence significative ne permet de conclure formellement à un lien entre un indicateur socio-démographique, ou une catégorie diagnostique avec la qualité du recours au soin avant ou après l'hospitalisation à l'UHSA.

Cependant plusieurs résultats méritent une attention particulière, c'est le cas de la proportion de femmes qui non seulement n'a pas le même profil socio-démographique, mais qui se distingue par la catégorie diagnostique, par le fait qu'elles sont presque systématiquement hospitalisées en HL, et qu'elles ne présentent pas les mêmes problématiques addictives.

### 4.4.3. Les patients psychotiques semblent davantage suivis

Sans pouvoir établir de lien significatif, il semblerait que les patients souffrant de troubles psychotiques soient plutôt davantage pris en charge que les autres. Plusieurs explications peuvent être envisagées. D'abord la proximité du Centre de Détention de Muret, établissement qui accueille des détenus pour l'exécution de peines longues (c'est-à-dire supérieures à 3 ans), pourvu d'une antenne du SMPR qui prend en charge sur la durée des patients dont les troubles chroniques nécessitent de façon récurrente des hospitalisations. Ces patients continuent à être suivis entre les hospitalisations du fait d'un lien thérapeutique souvent solide construit au fil des années avec l'équipe.

Ensuite, les patients souffrant de troubles psychotiques sont plus souvent ré-hospitalisés, ce qui signe d'une part, la chronicité des troubles et d'autre part, la vulnérabilité des patients psychotiques face à l'hostilité de l'univers carcéral. Les patients qui présentent des troubles de la personnalité, ont également un taux important de ré-hospitalisations. A la différence des patients psychotiques, ces hospitalisations ont le plus souvent lieu en hospitalisation libre dans un contexte de crise suicidaire.

**TROISIEME PARTIE :**

**DISCUSSION ET PERSPECTIVES**

# 1. Limites de l'étude

## 1.1. *Biais méthodologique*

### 1.1.1. Etude non comparative

Nous avons choisi, pour cette étude, de nous concentrer sur une cohorte représentative des patients admis à l'UHSA de Toulouse depuis son ouverture puisque nous avons intégré l'ensemble des 151 patients ayant bénéficié d'une hospitalisation complète (c'est-à-dire qui étaient sortis au 31/12/2012), à l'exception d'un homme qui a permuté d'aile au moment de l'ouverture de la deuxième aile, sans pour autant être sorti d'hospitalisation. Notre étude est seulement descriptive.

### 1.1.2. Biais de mémorisation pour les questionnaires

Dans les cas où les médecins ne disposaient pas d'outils informatisés pour la gestion du dossier médical patient, un défaut de renseignement du questionnaire a pu survenir soit faute d'avoir le dossier médical à disposition, soit faute de renseignements non mentionnés des dans le dossier.

### 1.1.3. Nombre élevé de perdus de vue en prospectif

Parmi les explications à cet état de fait les aléas de la justice peuvent surprendre les équipes de soin : levée d'écrou inattendue, aménagement de peine, mise en liberté provisoire... Il n'est pas rare d'apprendre, seulement quelques jours plus tôt, voire la veille, une décision de sortie. On peut aisément se représenter dans ces conditions, la difficulté à organiser le relais des soins à l'extérieur, surtout lorsque le patient non connu du secteur psychiatrique doit subir la filière embouteillée menant à une première consultation médicale.

Dans les situations où le patient bénéficie d'un traitement médicamenteux, il lui est alors remis son traitement pour quelques jours accompagné d'une ordonnance pour limiter le risque d'interruption thérapeutique brutale.

Plus fréquemment nous observons des transferts d'un établissement pénitentiaire à un autre. Cette situation présente moins de risques concernant la rupture de soins, puisque le patient bénéficiera d'une consultation de dépistage systématique qui lui permettra d'être repéré et pris en charge ou de solliciter un suivi par l'équipe psychiatrique.

## 1.2. Validité de l'étude

### 1.2.1. Validité interne

L'exhaustivité de l'échantillon choisi et le croisement avec plusieurs sources d'information permet d'obtenir un niveau acceptable de validité interne des résultats. En outre il n'a pas été relevé de différence majeure avec les statistiques effectuées par le service pour le bilan annuel de fonctionnement.

### 1.2.2. Validité externe

L'absence de données comparatives à l'échelle de notre échantillon ne permet pas de conforter sa validité externe, cependant eu égard au mode et aux motifs d'hospitalisations, aux diagnostics, à l'âge et au sexe, on peut approcher une comparaison avec d'autres UHSA, en particulier celles de Lyon et de Nancy, qui bénéficient à l'heure actuelle d'un certain recul.

Une étude a été menée à l'UHSA de Nancy en 2012 au cours des 4 premiers mois d'ouverture, elle portait sur un échantillon de 61 patients (dont 3 femmes et un mineur). La moyenne d'âge était de 34,8 ans. Les patients rapportaient des antécédents de consultation psychiatrique en milieu libre dans 73% des cas, et 69% des patients avaient déjà été hospitalisés en psychiatrie. La répartition diagnostique se rapprochait des résultats de notre étude, (58% de troubles psychotiques), sauf pour la proportion de patients présentant un trouble de la personnalité comme diagnostic principal, avec seulement 12% des patients, les troubles de l'humeur étaient représentés à hauteur de 28%. Concernant l'hospitalisation, dans 66% des cas elle s'opérait en mode libre, le motif d'hospitalisation le plus fréquent était les décompensations psychotiques (41%), puis les crises suicidaires (25%), quand les demandes d'évaluation diagnostiques s'élevaient à 14%. [78]

D'après le rapport d'activité de l'unité de Nancy en 2013 qui concernait une file active de 232 patients, la proportion de patients présentant des troubles de personnalité a augmenté pour se rapprocher de la distribution retrouvée dans notre étude :

- 43% de troubles psychotiques
- 25% de troubles de la personnalité
- 33% pour les autres diagnostics, répartis de la façon suivante : 41% de troubles de l'humeur, 26% de troubles anxieux et 33% de troubles de l'adaptation.

Concernant l'UHSA de Lyon, au cours de la 1<sup>ère</sup> année d'ouverture, soit 2010 : sur 184 admissions, avec 84 % d'hommes, 12 % de femmes et 4 % de mineurs, la moyenne d'âge était de 29 ans, 70% avait moins de 40 ans.

53% des admissions était en hospitalisation libre, les diagnostics les plus fréquents étaient les troubles psychotiques : 70 % des cas et la durée moyenne de séjour était de 60 jours avec une médiane autour de 30 jours. [79]

Il n'existe pas de statistiques nationales concernant le nombre d'HOD398 prononcées chaque année. En 2000, on l'estimait à environ 800, une étude avait été réalisée à l'infirmierie psychiatrique auprès de la préfecture de police de Paris, de façon rétrospective sur cinq années. Elle avait analysé les 35 demandes d'hospitalisation en HOD398 provenant du SMPR de la maison d'arrêt de Paris-La Santé. Près de la moitié des détenus avaient des antécédents d'hospitalisation en psychiatrie, 32 % étaient toxicomanes et 11 % alcooliques. Concernant le motif d'hospitalisation, les symptômes délirants aigus ou sub-aigus étaient retrouvés dans 63 % des cas, le diagnostic de schizophrénie était retenu pour 58 % des patients. [80]

Concernant les caractéristiques liées à l'hospitalisation en elle-même on peut également se référer à la thèse du Docteur Granier-Themines qui, en 2008, a fait un travail d'analyse du profil et du motif d'hospitalisation des patients admis en HO D398 au centre hospitalier Gérard Marchant à Toulouse. Elle retrouvait dans son étude environ deux tiers d'admission pour décompensation psychotique et un tiers pour crise suicidaire. Rappelons qu'il s'agissait de soins sous contrainte uniquement. Par ailleurs dans son échantillon de 92 patients, 61,6% avaient déjà été incarcérés, 53,2% avaient déjà été hospitalisés en psychiatrie, 25,6% avaient déjà été hospitalisés en HO, et 5,5% en UMD.

Seulement 29,6% des patients bénéficiaient d'un suivi ambulatoire au moment de leur incarcération.

20,6% touchaient l'AAH, 9 patients bénéficiaient d'une mesure de protection (10%) et 27,2% avaient été l'objet de mesures de placement dans l'enfance. Concernant les conduites addictives : 57,6% des patients étaient concernés avec près de 45% de consommation de cannabis, et plus de 35% de consommation d'alcool. Les diagnostics les plus représentés étaient : les troubles psychotiques (55,5%), les troubles de personnalité (19,6%) et les troubles anxio-dépressifs (14,1%). Par ailleurs, elle retrouvait 23% de TS en détention. [81]

On peut constater que ces résultats se rapprochent de ceux retrouvés dans notre étude. La proportion d'antécédents de tentatives de suicide en détention est toutefois supérieure dans notre cohorte (49%), de même que la proportion de patients présentant un trouble de la personnalité (28%).

## 2. UHSA, unité d'admission comme une autre ?

### 2.1. Comparaison avec un pavillon d'admission

Nous avons choisi le pavillon d'admission Artaud, rattaché au 6<sup>ème</sup> Secteur de Psychiatrie Générale de Toulouse, implanté au sein du Centre Hospitalier Gérard Marchant (31G06).

#### 2.1.1. Les profils des patients

En 2012, l'unité a accueilli 154 patients, avec un ratio hommes/femmes de 2/1. Soit un tiers de la population hospitalisée était de sexe féminin. La moyenne d'âge était de 41 ans pour les hommes, et 46 ans pour les femmes.

Une population donc plus âgée et plus féminine que celle rencontrée à l'UHSA.

#### 2.1.2. Les modalités d'admission

Les modes d'hospitalisation se répartissaient de la façon suivante : 47% d'admissions en HL, et 53% d'admissions sous contraintes, (23% en SDRE et 30% en ASDT), il est à noter que les femmes sont sous-représentées dans la proportion des admissions en SDRE (35 hommes pour 9 femmes), et 4 hommes ont par ailleurs été admis en HOD398. Comparativement la proportion d'hospitalisations libres à l'UHSA était supérieure puisqu'elle se situait autour de 60%.

#### 2.1.3. La question des diagnostics

Nous nous sommes demandé si les diagnostics principaux rencontrés à l'UHSA présentaient des différences en comparaison avec une unité d'admission sectorisée classique. Nous avons pour cela sollicité l'équipe du DIM (Département d'Information Médicale) du centre hospitalier Gérard Marchant qui nous a communiqué les chiffres concernant les admissions au sein de l'unité Artaud : pavillon d'admission du 6<sup>ème</sup> secteur de Toulouse. En 2012, 154 patients ont été accueillis dans cette unité disposant de 20 lits d'hospitalisation, la répartition des diagnostics est représentée sur la *figure 14*.

On peut noter une proportion de patients souffrant de troubles psychotiques, assez comparable à celle accueillie par l'UHSA (pour rappel 48%), des différences apparaissent sur la proportion des patients présentant des troubles de la personnalité (28% pour l'UHSA) et dans la catégorie autre on retrouvait des diagnostics tels que des retards mentaux, troubles du développement psychologique. (*figure 15*)

On peut penser que les diagnostics tels que les retards mentaux et les troubles du développement psychologiques sont sous-diagnostiqués à l'UHSA. Ils sont en effet rarement cotés, pourtant l'impression clinique laisse à penser à une part plus importante des diagnostics associés. Pour rappel le diagnostic de retard mental concernait seulement 4,6% des patients, soit 7 patients.

#### 2.1.1. Les durées de séjour

De la même façon nous nous sommes intéressés à la durée moyenne de séjour, elle se situait à 48 jours en moyenne sur 2012 ; comparativement, la médiane des durées d'hospitalisation pour l'UHSA en 2012 est de 31 jours. Mais celle-ci tend à s'allonger en 2013 du fait d'accueils de longue durée pour certains patients.

Figure 14 Répartition des diagnostics principaux : Pavillon ARTAUD

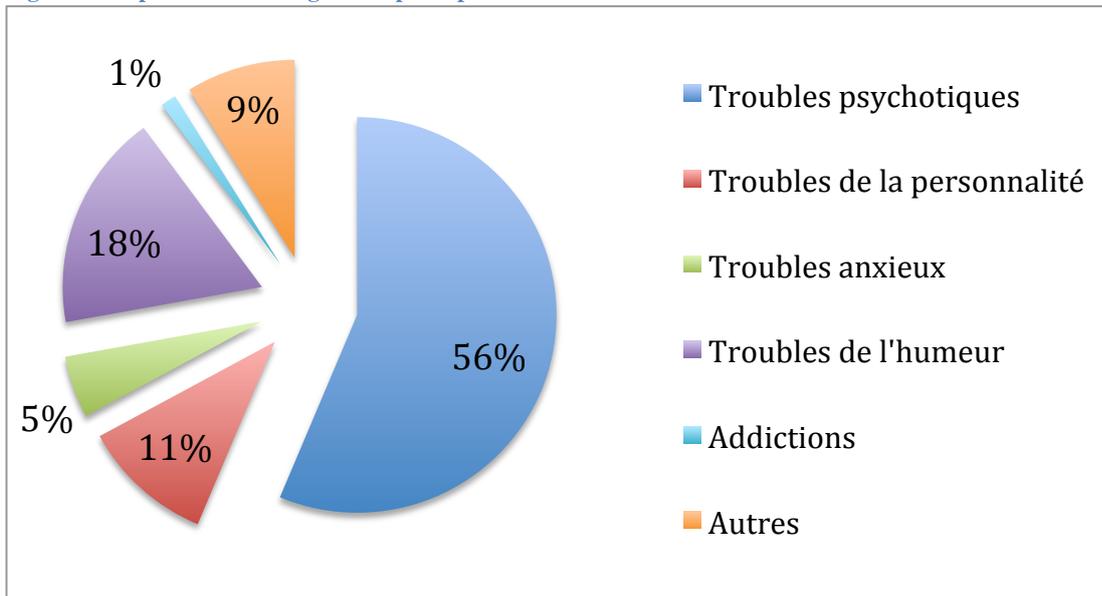
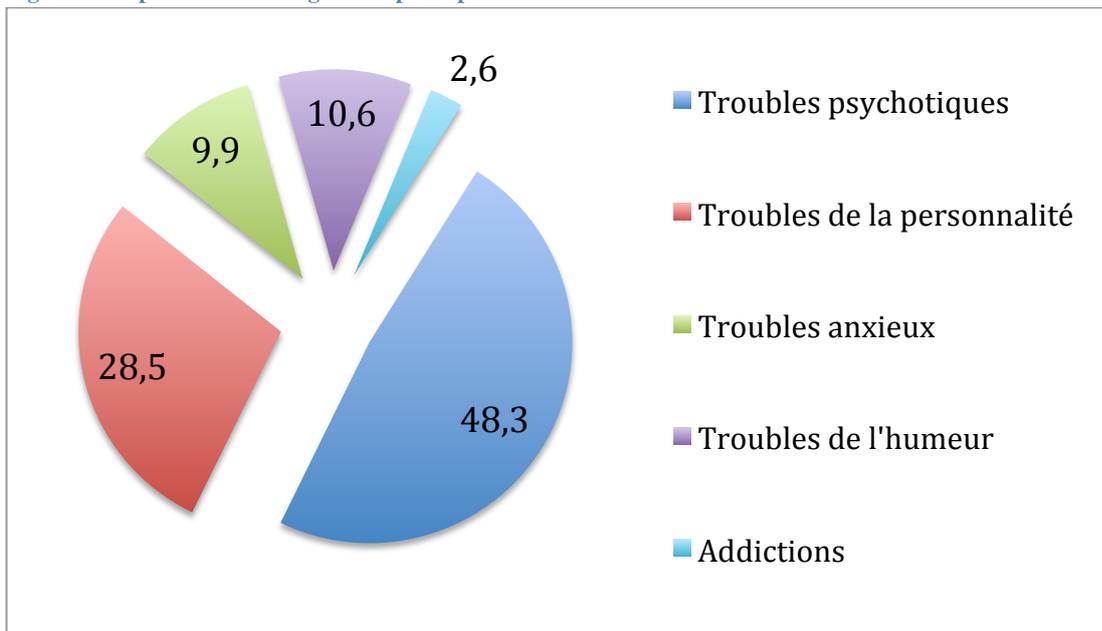


Figure 15 Répartition des diagnostics principaux : UHSA



## 2.2. Les questions que posent les UHSA

### 2.2.1. Les limites de sa mission, la question des longs séjours

D'autres questions restent non élucidées, en particulier le devenir des patients présentant des pathologies chroniques difficiles à stabiliser. Il est à craindre l'effet de l'institutionnalisation sur ces patients, qui pourrait les rendre incapables de repartir en détention, les UHSA se voyant ainsi contraintes d'accueillir au long cours des patients dont l'état mental ne permet pas une compatibilité avec les conditions de détention classique. [79]

Est actuellement hospitalisé à l'UHSA ( depuis son ouverture ), et faisant suite à plus de 3 années passées au sein de l'unité d'hospitalisation de jour du SMPR de TOULOUSE, un patient énigmatique dont la prise en charge est complexe, les troubles psychiques s'ajoutent à la barrière de la langue. Nous ne connaissons que peu de choses de son passé, seul un passage à l'acte d'une particulière violence nous rappelle à la potentielle gravité de ses troubles. Les échanges sont pauvres, le comportement ritualisé et stéréotypé, marqué probablement par les longues années passées au quartier d'isolement avant d'être pris en charge par les équipes de psychiatrie.

Egalement, un patient âgé de 72 ans, condamné à une longue peine et dont l'intrication de problématiques somatiques et psychiatriques (délire mégalomane empreint de persécution) enkystées par de longues années d'incarcération rendent la prise en charge complexe et la compatibilité avec la détention plus que discutable et discutée, puisqu'une première demande de suspension de peine pour raison médicale<sup>1</sup> a été refusée. Nous apprenons il y a quelques jours, l'acceptation de cette demande en appel, il devrait rejoindre un service de soins continus sécurisé, les expertises ayant conclu à la nécessité de soins constants, et à l'absence de dangerosité.

La CNCDH, Commission nationale consultative des Droits de l'homme, rappelait en 2004 l'urgence de « l'instauration d'aménagements de peines spécifiques aux malades mentaux, compte tenu de l'accentuation des pathologies psychiatriques résultant de la détention ». [82] La question de la suspension de peine pour raison psychiatrique suscite beaucoup de réticences de la part des politiques, un groupe de travail est cependant en cours à ce sujet au Sénat. [83]

Cet autre patient est régulièrement hospitalisé, un homme sans antécédents psychiatriques ou judiciaires, primo-incarcéré pour homicide est dans l'attente de son jugement. Il présente des difficultés d'adaptation majeures, émaillées de plusieurs dizaines de passages à l'acte auto-

---

<sup>1</sup> *Suspension de peine pour raisons de santé, article 720-1-1 du CPP, pour des pathologies engageant pronostic vital, ou dont l'état de santé rend incompatible durablement le maintien en détention. À l'exception des personnes détenues en établissement de santé pour troubles mentaux.*

agressif et de tentatives de suicide. Ce patient, extrêmement complexe en terme de personnalité, n'a de cesse de nous renvoyer aux limites de notre prise en charge et de nos connaissances quant aux modalités d'accompagnement et d'étayage des troubles graves de la personnalité.

C'est une problématique soulevée à plusieurs reprises dans la littérature ; il existe un débat nosographique sur la place des troubles de personnalités (en particulier dyssociales) dans le champ de la thérapeutique psychiatrique. Les troubles de la personnalité de type psychopathique posent un problème par le fait qu'ils présentent un risque accru de rompre l'ordre social et nous confronte aussi aux limites de nos connaissances sur les possibilités thérapeutiques. [84]

### 2.2.2. La légitimation du soin psychiatrique en prison ?

Les UHSA ont été créées pour pallier l'augmentation du nombre de malades mentaux en prison, il s'agit d'un compromis visant à offrir des soins de meilleure qualité aux patients détenus. Cette avancée ne dispense pas de poursuivre les réflexions étiologiques et éthiques quant à l'afflux de malades mentaux en prison.

Même si l'accessibilité et l'organisation des soins en milieu pénitentiaire permettent un accès favorisé pour certains patients précaires. Il reste essentiel de ne pas confondre la prison avec un lieu de soin à part entière.

Daniel Glezer émet une mise en garde à ce sujet: « nous sommes parvenus à poser les jalons, d'une Sectorisation Psychiatrique, au delà des murs de la prison. Pour autant, le danger, (...), serait de laisser croire, au travers de cette « avancée », que la prison constitue à présent un lieu de soins adéquat pour les hommes. » [51]

Cette thèse est retrouvée dans nombre d'écrits défendant les droits fondamentaux du patient détenu et l'indépendance des institutions sanitaires et judiciaires. En particulier le livre du Dr De Beaurepaire : Non lieu [85], ou celui de Noura Bassi : au « non » du soin [86].

Les soins librement consentis étaient la règle en prison jusqu'à la création des UHSA, motivée par la distinction entre contrainte judiciaire et médicale afin d'éviter de soumettre les patients à une double contrainte. Les UHSA ont modifié ce paradigme, non sans susciter quelques inquiétudes, « ainsi l'aptitude du détenus malade mental à reconnaître les troubles psychiques, n'aura d'égal que son aptitude à reconnaître la loi » illustré par Robert Dubret. [87]

Il faut cependant se garder de confondre le consentement aux soins et l'altération du discernement concernée par la responsabilité pénale. Selon la durée de la peine, de la précocité de l'incarcération, il est tout à fait probable que des pathologies psychiatriques ne se

déclenchent qu'au cours de l'emprisonnement. La symptomatologie n'ayant dans ces situations aucune concordance avec le motif de l'incarcération. Les docteurs Piel et Roelandt, déclaraient : « Mais la double peine ne serait-elle pas plutôt de ne pas donner de soins à quelqu'un qui en nécessite ? » [55]

### 2.2.3. Le risque de favoriser l'incarcération des malades mentaux

Le Dr Bénézech préconise de prononcer des irresponsabilités pénales, tout en menant avec l'instruction, à charge et à décharge, permettant la reconnaissance des victimes, mais excluant la punition pour le malade mental. Il lui paraît important de se questionner aussi sur l'expertise psychiatrique, qui non contente de perdre du terrain, souffre également d'un manque de vocation et d'un manque de formation des psychiatres. Probablement la lourde responsabilité et le poids de l'opinion publique tendent à détourner les psychiatres de cette mission périlleuse. Nombreux sont ceux, qui préconisent davantage de précautions et une collégialité dans l'exercice de ces fonctions. [88]

En ce qui concerne l'irresponsabilité, Rossinelli dénonce une atteinte des droits fondamentaux lorsque un individu présentant une altération des facultés mentales est puni plus sévèrement par la loi pour la privation de liberté qu'un individu sans altération du discernement. [89]

La prise compte de l'altération du discernement doit entraîner une atténuation de la peine prononcée, conformément à l'esprit du législateur concernant le deuxième alinéa de l'article 122-1 du Code pénal. [90]

Georges Daumézon rappelait qu'il s'agit de circonscrire un champ clinique au sein duquel l'action de la justice est contre-indiquée et doit laisser la place à un processus de soin. L'expert doit indiquer clairement si le comportement d'un sujet mis en examen pour une infraction correspond en fait aux symptômes d'une maladie qui peut bénéficier de soins spécialisés, ou bien s'il résulte de la transgression d'une loi parfaitement repérée et qui relève alors d'une sanction pénale. [87]

Une interrogation est portée sur la brièveté des expertises.

Certains proposent que les expertises puissent être réalisées sur une observation de plusieurs jours voire semaines, au sein d'une unité pluri-disciplinaire spécialisée. Certains pensent même que ces expertises pourraient relever de la mission des UHSA. Nous apercevons alors la limite du parallèle avec le soin en milieu ordinaire : peut-on maintenir un statut d'unité d'admission si une mission d'évaluation est ajoutée à celle des prises en charge ordinaires ? Peut-on cumuler traitement et expertise ? [91]

#### 2.2.4. D'autres stratégies sont-elles possibles ?

Les capacités d'accueil risquent de se trouver rapidement embolisées par l'accès aux UHSA de personnes non hébergées de façon continue par les structures pénitentiaires ou l'accès de patients relevant d'une hospitalisation complète dont l'état est durablement incompatible avec la détention.

On pourrait en effet imaginer que les personnes qui sont dans un mouvement de réinsertion et de réhabilitation sociale puissent avoir recours aux structures de soins disponibles dans le droit commun. D'autant plus qu'il paraît plus pertinent d'accueillir ces personnes dans leur secteur géographique de logement.

Quel est le sens d'une hospitalisation en milieu pénitentiaire pour un détenu en situation de réinsertion ? (en semi-liberté ou sous surveillance électronique, situations qui sont vouées à se multiplier avec les politiques de promotion de stratégies alternatives à la peine d'emprisonnement). Ne pourrait-on pas envisager pour plus de cohérence, et dans une perspective de prise en charge intégrative, que ces patients écroués, qui ne sont pas hébergés par un établissement pénitentiaire, soit hospitalisés au sein de leur secteur psychiatrique de rattachement ?

En Avril 2013, l'inter-région pénitentiaire de Toulouse comptait : 5227 personnes écrouées détenues, et 850 personnes écrouées mais non hébergées par l'administration pénitentiaire. [92]

Il convient donc de réfléchir aux solutions possibles lorsque les capacités d'accueil seront atteintes, ce qui pourrait être d'autant plus urgent que le programme de construction accuse un certain retard ?

Le développement des moyens d'accueil et de prise en charge spécialisée du milieu libre mérite d'être poursuivi, par exemple pour permettre une meilleure capacité d'accueil des patients nécessitant des dispositions particulières (précaires, toxicomanes, patients sous main de justice...) dans les USIP, les unités pour malades difficiles, les structures médico-sociales d'hébergements pour les personnes précaires, ...

## 3. Perspectives

### 3.1. *Promouvoir la coordination des soins avec le réseau de soin en milieu libre*

Où comment assurer une continuité des soins de qualité, sans recourir à une filière spécialisée ?

La France agit dans le sens d'une prise en charge intégrative, elle s'est depuis longtemps différenciée de ses équivalents européens, en se distinguant de la dynamique de défense sociale, ayant conduit à la construction d'hôpitaux-prison. (*Forensic*)

La question de l'articulation avec les soins à l'extérieur reste prioritaire pour éviter l'évolution vers une filière dédiée à la prise en charge de la population sous main de justice. Malgré l'existence de centres de consultation post-pénaux l'inquiétude reste entière. La particularité de cette population ainsi que les fantasmes de dangerosité qui lui sont associés rendent parfois la mise en place d'une relation thérapeutique difficile à mettre en œuvre, allant parfois jusqu'au sentiment de « patient indésirable ».

Il est probable qu'un travail d'information et de formation des professionnels pourrait amoindrir cette réticence.

Pour certains patients, l'incarcération est une occasion de rencontrer la psychiatrie, en particulier les personnes en situation de précarité ayant des trajectoires de vie chaotiques. La poursuite de ces soins à l'extérieur nécessite d'envisager les différents facteurs pouvant mettre à mal cette continuité. Comme l'évoque Laurent Michel, nombreux sont les obstacles dont il est nécessaire de se préoccuper durant la détention, pour favoriser le maintien de la prise en charge en milieu libre : l'hébergement, les transports, les moyens financiers, sont essentiels à la faisabilité pratique de ce relais. D'autres vecteurs, individuels, demandent à être travaillés spécifiquement : les facteurs motivationnels, la reconnaissance et l'acceptation des troubles, l'utilité d'un traitement médicamenteux... Le support social et l'étayage familial éventuel peuvent jouer un rôle majeur dans l'accompagnement global du patient. L'évaluation bio-psycho-sociale est ainsi le pivot de l'architecture du projet de sortie. Dans un contexte particulièrement anxiogène, le moment de la sortie s'accompagne de nombreuses démarches administratives, le projet de soin ne doit pas être une épreuve supplémentaire, la rencontre des interlocuteurs ultérieurs semble être un facteur de réussite de la passation du relais. [35]

Ces patients sont issus, comme nous l'avons vu, pour partie de leur secteur de rattachement et sont amenés à y avoir recours à nouveau, comme n'importe quel autre patient. Le maintien de la continuité et de la qualité des soins, nécessitent la mutualisation des moyens et

compétences de chacun des acteurs impliqués. Il est nécessaire de s'attarder tant sur l'aval que sur l'amont, l'arrivée des patients du secteur en prison interroge. [93]

L'étayage mis en place en milieu libre prend-il en compte la dimension du risque de transgression de l'ordre social ? Une attention particulière doit être prêtée à la rupture thérapeutique chez des patients présentant des facteurs de vulnérabilité, comorbidité addictive, antécédent de passage à l'acte auto ou hétéro-agressif, impulsivité, absence d'étayage social...

Le postulat de la sectorisation psychiatrique, outre « un habillage géo-démographique, est une stratégie de lutte contre l'exclusion », impliquant une équipe pluri-disciplinaire pour une prise en charge globale et une continuité dans l'espace et le temps. [94]

Il est nécessaire de poursuivre les réflexions explorant les moyens de prévenir l'incarcération des malades mentaux. Nous l'avons vu, nombre d'entre eux n'en sont pas à leur première incarcération. Dans notre cohorte, au moins quatre patients ont été ré-incarcérés durant notre enquête, trois d'entre eux ont un diagnostic de trouble psychotique. Pour le Dr Dubret, « la seule solution conforme à l'éthique est d'organiser des réponses soignantes en amont de la prison et de ne plus accepter l'incarcération des malades mentaux comme une fatalité ou un mal nécessaire » [95]

La coordination des différents acteurs de soin et des acteurs médico-sociaux est régulièrement mise en cause dans différents rapports, ceux d'associations d'usagers (UNAFAM, FNAPSY), le rapport Coldefy de 2007 qui portait sur les secteurs de psychiatrie, L'OMS insiste sur la nécessité d'ouvrir les secteurs de psychiatrie vers l'extérieur. [96]

Dans un rapport de 2009, Edouard Couty réaffirme la place du secteur psychiatrique comme « base territoriale de la santé mentale et de la psychiatrie » en tant que niveau de proximité. [97]

L'hospitalisation complète est un temps de soins, qui soit s'insérer dans le maillage de la sectorisation en terme de lien, de continuité, d'ouverture au social, d'équipe mobile.

Le Pr Senon évoque l'idée de créer des équipes mobiles de liaison pénitentiaires, dont la mission régionale pourrait être d'apporter une certaine expertise vis-à-vis des situations difficiles, permettant de promouvoir les liens entre les différentes structures, et le partage d'expériences. [98]

### *3.2. Lutter contre la stigmatisation de ces patients*

Un travail d'éducation et d'information est nécessaire tant auprès du grand public que des professionnels. Il est probable que la dé-stigmatisation de ces patients nécessite un travail

médiatique important, car la figure inquiétante du malade mental détenu, reste prégnante dans l'imaginaire collectif, même si elle est peu connue.

En 2009, une étude Ipsos réalisée à la demande de la Fondation FondaMental sur les représentations des maladies mentales au sein de la population française, montrait que :

- 74% des Français considèrent qu'un schizophrène représente un danger pour lui-même ;
- 65% pour les autres (alors que seulement 0,2% des patients atteints de schizophrénie peuvent potentiellement être dangereux pour les autres). [99]

Alors même que, souffrir de troubles mentaux expose davantage à être victime de violences qu'à en être auteur, risque augmenté d'un facteur 17. [48]

Burgelin notait dans son rapport<sup>1</sup> que « la société, largement influencée par le discours médiatique, associe donc à tort la folie des actes criminels particulièrement graves à celle de leur auteur, et a de ces derniers une représentation qui repose sur des présupposés aussi partiels que contestables ». [100]

Il est à craindre que l'effet de la désinstitutionnalisation psychiatrique se soit accompagné d'une diminution des confrontations de soignants avec les patients réputés difficiles. Parallèlement l'augmentation du personnel féminin dans le milieu soignant ainsi que la disparition de la filière spécialisée en psychiatrie pour les infirmiers diplômés d'État ont pu contribuer à majorer les appréhensions ressenties par les équipes, non seulement avec les équipes relais dans les établissements pénitentiaires, mais aussi et surtout avec les secteurs de psychiatrie générale. Notre étude démontre que nombre de patients ne connaissent pas le réseau de soin en milieu libre pour ne l'avoir jamais fréquenté. Chacun sait qu'il est plus facile d'investir une structure dont on connaît le fonctionnement et à laquelle on peut accorder sa confiance. D'autant plus qu'il n'est pas toujours évident de se présenter avec une étiquette d'ancien détenu en milieu libre. De plus, il existe une confusion concernant la demande de prise en charge de patients dans un contexte de soins pénalement obligés. Ces mesures ont bouleversé le positionnement des soignants, inquiets quant à leur indépendance et leur autonomie.

Catherine Paulet propose une stratégie selon trois logiques de travail : « l'accès et la continuité des soins, la proximité et le maintien des liens extérieurs, en particulier les liens familiaux, penser l'articulation entre le temps de l'emprisonnement et le temps de l'inscription ou de la réinscription sociale. » Si cette articulation ne fonctionne pas, la logique de la spécificité fera le lit de la ségrégation et de la relégation. [90]

---

<sup>1</sup> Rapport « Santé, justice et dangers : pour une meilleure prévention de la récidive » remis au garde des Sceaux et au ministre de la Justice en juillet 2005

### *3.3. Permettre l'implication des familles dans la prise en charge*

Le maintien des liens familiaux est une préoccupation régulièrement rappelée pour tenter d'atténuer le traumatisme du « choc carcéral » qui est lié pour partie à la rupture brutale des afférences sociales et affectives. Le contrôleur général des lieux de privation de liberté a appelé à prendre des dispositions pour favoriser le maintien des relations avec l'extérieur par le biais d'Internet ou du téléphone. [101]

Le développement des unités de vie familiale sont aussi un moyen de préserver des liens et des relations affectives mis en péril par l'incarcération. Le maintien des liens familiaux est un facteur de bon pronostic quant à la réinsertion sociale mais il compte également dans l'équilibre affectif du détenu durant son incarcération. [102]

De même dans le champ de la pathologie mentale, les familles ont un rôle essentiel à jouer. Dans une dynamique de coordination des soins les acteurs trop souvent oubliés sont les familles et les associations d'aide aux malades.

L'UHSA est sur cet aspect un levier intéressant puisqu'il permet de rentrer en contact avec l'entourage du patient, par voie téléphonique ou par le biais de parloirs médiatisés. Le plus souvent rassurées de savoir leur proche pris en charge par le soin psychiatrique, les familles se montrent tout à fait parties prenantes de l'organisation du relais de soin. C'est un aspect à explorer pour améliorer la prise en charge des malades incarcérés, car qui mieux que la famille peut percevoir les troubles ou les prodromes, qui enferment souvent le patient sous le sceau du déni, laissant la maladie s'aggraver avant qu'un signalement émane de l'administration pénitentiaire ou d'un co-détenu qui a remarqué un comportement inhabituel. Certains déploreraient au moment des débats sur les UHSA que la modalité permettant une admission sur demande d'un tiers n'ait pas été retenue.

Lucien Bonnafé disait au sujet de la sectorisation qu'il fallait : « utiliser le potentiel soignant contenu dans le peuple ». [103]

La famille est le premier maillon de cette communauté qui est invitée à prendre part aux soins des patients souffrant de troubles psychiatriques chroniques.

Des approches communautaires sont prônées par le rapport de l'OMS de 2008 qui pointe les insuffisances de l'organisation de la psychiatrie de secteur en France. [104]

Roelandt propose d'intégrer la psychiatrie de secteur dans les disciplines universitaires, il évoque la pertinence d'équipes mobiles « psychiatrie et précarité », et propose de donner une place plus importante aux usagers, non seulement sur un plan consultatif mais également comme acteur dans le dispositif de soin, par exemple sur le modèle des groupes d'entraide

mutuelle, ou par l'implication de pairs-aidants dans les services de psychiatrie (comme cela est pratiqué dans les pays anglo-saxon). [33]

Une prise en charge intégrative du patient détenu, considérant l'ensemble des dimensions bio-psycho-sociales de l'individu, n'est possible qu'en se greffant sur le maillage de la sectorisation, en mutualisant les moyens et les compétences de chacun, et en restituant aux proches leurs qualités d'étayage et de soutien face à la maladie chronique.

### *3.4. Anticiper et préparer la sortie*

La préparation de la sortie est une des missions des services d'insertion et de probation. Concernant l'aspect sanitaire, cette sortie devrait s'envisager en articulation avec ces services, mais la mission de réinsertion dévolue au SPIP ne peut s'envisager que dans certaines situations, en effet les courtes peines ne peuvent prétendre à cet objectif.

Préparer le suivi médical après la sortie appartient aux missions confiées aux professionnels de santé exerçant en milieu pénitentiaire. On retrouve cette prérogative dans le guide méthodologique , « La prise en charge médicale des personnes détenues prend tout son sens si elle s'inscrit dans la durée, c'est-à-dire au-delà du séjour en prison ». [36]

Comme nous l'avons vu dans notre étude, il n'est pas rare que l'équipe soignante en milieu pénitentiaire se laisse surprendre au même titre que le patient par une sortie précipitée.

Toute tentative de construction d'un projet de soin s'en trouve ainsi avortée, abandonnant le patient face l'euphorie angoissante de la sortie confronté à la difficulté de solliciter une prise en charge au sein de secteurs de psychiatrie engorgés.

« La place de la psychiatrie en prison pose nécessairement la question de « l'amont et de l'aval ». La psychiatrie en prison est évidemment en lien étroit avec la psychiatrie du milieu libre dont elle est indissociable. Toute une partie du travail avec un patient détenu est un travail de préparation à la sortie et d'organisation des relais. Mais, bien sûr, on ne peut pas envisager un relais cohérent à la libération si, en aval de l'incarcération, les relais sanitaires et sociaux sont inexistantes ou réticents à prendre en charge les patients sortants de prison. » selon Catherine Paulet psychiatre et chef de service du SMPR de Marseille. [93][105]

L'UHSA est un lieu privilégié où le projet de soin peut se rêver et se penser, mais du fait de sa vocation inter-régionale elle se trouve à distance du lieu géographique de vie et de soin potentiel, seuls des liens de qualité entre les différentes structures pénitentiaires sont garants de la poursuite de la réflexion et de la mise en œuvre du projet individualisé.

La mise en œuvre d'un projet se heurte à la complexité d'élaboration de la sortie. Il s'agit d'articuler les différentes structures d'aval, sociales, sanitaires et médico-sociales. Il existe un contraste entre les moyens alloués aux patients détenus durant leur incarcération et le

morcellement des supports médico-sociaux d'aval, tels que les organismes de formation, d'hébergement, de post-cure, de suivi socio-judiciaire... Il est paradoxal d'imaginer poursuivre des soins réguliers, intensifs pour un patient sans logement. Le psychiatre est invité à favoriser un travail de collaboration avec les partenaires impliqués dans la réhabilitation et la réinsertion sociale des malades mentaux. [106]

### *3.5. Maintenir une éthico-vigilance autour de l'indépendance du soin et de ses missions fondamentales*

Les spécificités de l'exercice de la psychiatrie en milieu pénitentiaire auprès des personnes sous main de justice, dans le cadre d'expertises médico-légales, présentent une complexité sémiologique et impliquent une bonne maîtrise du fonctionnement de l'appareil judiciaire pour favoriser un travail en complémentarité avec l'ensemble des acteurs du champ médico-légal.

Les Diplômes Universitaires et DESC<sup>1</sup> de psychiatrie légales sont des outils tout à fait intéressants à promouvoir. [47]

Il est essentiel de distinguer ce qui relève de la pathologie mentale afin d'éviter la confusion entre prévention de la récidive et soins psychiques pour éviter la rechute. Comme le rappelle Georges Lantéri-Laura : « Les infractions, par elles-mêmes ne constituent jamais des *sortes de maladies*, de telle manière qu'avec les intentions les plus louables, il demeure dénué de sens de confondre peine et traitement, et d'imaginer qu'une espèce de traitement, appliqué dans des conditions assez contraignantes, pourrait représenter la forme moderne et judicieuse de la peine. » [107]

D'autre part, la distinction entre dangerosité psychiatrique et criminologique reste fondamentale, pour que chaque acteur reste cantonné à son champ d'expertise. [48][108]

Pour le Pr Senon : « Un piège restera à éviter avec une vigilance continue, celui de réduire tout trouble du comportement et toute délinquance à un seul déterminisme psychologique ou psychiatrique et de n'entrevoir de réponses que soignantes. » [98]

Le risque de l'instrumentalisation de la psychiatrie par la justice persiste à chaque nouvelle avancée. [109]

Préserver le secret médical, une préoccupation du quotidien, la promiscuité, et l'interpénétration des différentes institutions dans la prise en charge des personnes détenues, rendent paradoxalement les murs de la prison d'un hermétisme douteux. Bien souvent sous le joug de la sécurité, de la protection, de la prévention des risques, des injonctions paradoxales sont soumises au corps médical. Le respect de ce droit fondamental du secret médical doit être souvent rappelé, il est un fondement de la psychiatrie en milieu pénitentiaire, qu'il y a lieu de défendre avec force et conviction, car il y est plus vulnérable qu'ailleurs. [110]

---

<sup>1</sup> Diplôme d'Etude Spécialisée Complémentaire

## 4. Vignette clinique illustrative

Mr G est âgé de 21 ans , il est né à Paris.

Il a été hospitalisé à l'UHSA de Toulouse du 17 février au 3 mars 2012 en SDRE.

Motif d'hospitalisation : décompensation psychotique d'allure schizophrénique. Il est adressé en urgence par la maison d'arrêt d'ALBI.

### Éléments de biographie :

Sans-domicile-fixe, Mr G vit dans des conditions précaires. Il est célibataire, sans enfant et sans revenu. Son étayage familial est fragile.

Il s'agit d'une 3<sup>ème</sup> incarcération, (condamnations pour vols et violences), condamné à six mois d'incarcération (peine de sursis mise à exécution faute d'avoir honoré son suivis socio-judiciaire).

### Parcours de vie :

Mr G. décrit un parcours de vie chaotique, né de l'union d'un père d'origine Zaïroise, et d'une mère française originaire de la région toulousaine. Ses parents se séparent rapidement après sa naissance, il passera deux ans chez sa mère avant d'être « kidnappé » par son père, et retenu en Belgique pendant plusieurs années : jusqu'à l'incarcération de son père. Mr G est alors placé en famille d'accueil, puis il sera à nouveau pris en charge par sa mère et placé en internat à Mazamet. Malgré des mesures d'aide éducative en milieu ouvert, la prise en charge de cet enfant, qui présente des troubles du comportement importants, s'avère extrêmement difficile. Mr G repart chez son père contre l'avis du juge des enfants jusqu'à l'âge de quinze ans, où il fait à nouveau l'objet d'une mesure de placement par la justice. Il sera incarcéré pour la première fois à l'âge de 19 ans en Allemagne.

### Antécédents personnels :

- au niveau psychiatrique : Monsieur G a fait l'objet d'une hospitalisation en psychiatrie au cours de sa précédente incarcération en Allemagne, pour une décompensation psychotique d'allure schizophrénique, il a bénéficié de plusieurs traitements psychotropes, dont pimozide (ORAP), zuclopenthixol (CLOPIXOL) et risperidone.
- il consomme de l'alcool de manière festive
- ancien fumeur de cannabis, et consommateur de tabac régulier.
- rien de particulier : au niveau somatique.

### Histoire de la maladie :

Repéré par le service psychiatrique rattaché à l'UHSA de la maison d'arrêt d'Albi. Il fait l'objet d'un suivi conjoint infirmier-psychiatre.

Il présente une bizarrerie de contact, un repli, des propos flous, hermétiques, faisant allusion à un sentiment de persécution. Le suivi régulier permet une surveillance rapprochée, mais peu à peu les éléments de dissociation sont plus bruyants, avec un trouble du cours de la pensée, des

barrages, des attitudes d'écoute, des rires immotivés, et des éléments inquiétants de thématique morbide. Mr G refuse alors tout traitement psychotrope. Il est dans le déni des troubles, les éléments de dissociation psychique laissent craindre un danger de passage à l'acte auto agressif. Ces éléments motivent la demande d'admission en urgence à UHSA.

#### À l'entrée :

Mr G, arrive en ASDRE à l'UHSA quelques jours plus tard. Au cours de l'entretien d'entrée, les éléments désorganisation psychique sont au premier plan, il existe des éléments délirants de persécution, de mécanisme interprétatif, intuitif et hallucinatoire. Monsieur G pense être hospitalisé pour des expérimentations scientifiques.

Les examens biologiques ainsi qu'un TDM cérébral SPC sont réalisés afin d'écartier une origine somatique éventuelle des troubles.

Ils ne descelleront pas d'anomalie.

#### Évolution dans le service :

Monsieur G se montre surpris d'être hospitalisé en service de psychiatrie, il est extrêmement réticent, fuit le contact avec autrui et reste isolé dans sa chambre. Il faudra plusieurs jours de négociation avant qu'il accepte de prendre un traitement, une monothérapie par quétiapine est proposée. Les sollicitations de l'équipe lui permettront d'établir des contacts avec les autres patients, mais ceux-ci se trouvent être souvent inadaptés, source de tensions et de réactions hostiles de la part des autres patients. Il présente une hyper activité psychique et motrice.

Dans ce contexte, un changement de traitement est opéré, le choix est porté sur l'olanzapine, une amélioration du contact et du discours sont rapidement perceptibles, permettant l'amorce d'un travailler autour de l'alliance au traitement et de la reconnaissance des troubles.

Il sera également question du projet de sortie, il rencontrera dans ce cadre, l'assistante sociale du service et sera intégré au projet « un chez soi d'abord ». Un lien est fait avec le service pénitentiaire d'insertion et de probation d'Albi afin de poursuivre la mise en oeuvre de sa domiciliation à Toulouse conformément à sa volonté.

Quelques contacts seront pris avec sa famille. Sa mère se montrera réticente à l'idée de renouer un lien, mais sa grand-mère et un oncle maternel se montreront disposés à lui apporter un soutien.

Devant l'amélioration clinique, qui permet à Monsieur G de participer avec intérêt aux ateliers thérapeutiques et de s'inscrire dans des relations sociales adaptées, une sortie du service est organisée conformément au désir du patient, après 46 jours passés en hospitalisation.

Diagnostic principal : schizophrénie paranoïde

Diagnostic associé : trouble de l'adaptation

Traitement de sortie :

- olanzapine 10mg : deux comprimés le soir

Les éléments recueillis concernant son devenir :

Le médecin l'ayant adressé a trouvé son état clinique amélioré.

Il a été adressé à un service d'aide à la réinsertion médico-sociale, avec une domiciliation par un organisme expérimental financé par un projet de recherche (Un chez-soi d'abord), qui cherche à évaluer la qualité de l'accès aux soins des personnes après domiciliation des patients souffrant de troubles psychiatriques les plus précaires.  
Le projet a pu être mis en œuvre depuis la MA d'Arrêt d'Albi.

## CONCLUSION

Dans un souci d'améliorer la qualité des soins offerts aux patients détenus, la loi d'orientation et de programmation pour la justice du 9 septembre 2002 a permis la création des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA). Cette loi a modifié les conditions d'hospitalisation des personnes détenues atteintes de troubles mentaux, en permettant un accueil à temps complet, avec ou sans consentement. Les premières UHSA de Lyon et Toulouse ont ouvert respectivement en mai 2010 et janvier 2012, il existe actuellement sept unités en fonctionnement sur le territoire.

Dans ce contexte de modification de l'organisation des soins en milieu pénitentiaire, qu'en est-il de la trajectoire de soin des usagers de ce secteur ?

Il s'agit de la première étude descriptive portant sur la population accueillie en UHSA. Notre travail a permis, à travers une étude rétrospective et prospective, de décrire le profil des patients et leurs parcours de soin psychiatrique. Nous avons pu mettre en lumière des trajectoires de soins hétérogènes.

Parmi les 151 patients admis à l'UHSA de Toulouse en 2012, en majorité des hommes jeunes, 48% présentaient des troubles psychotiques et 28% des troubles de personnalité. Le motif d'hospitalisation le plus fréquent était la crise suicidaire puisqu'il concernait 60% des patients. Concernant le parcours de soin 47% des patients bénéficiaient d'un suivi psychiatrique antérieur à leur incarcération, 38% d'entre eux n'avaient aucun antécédent. Un an après leur hospitalisation à l'UHSA 41% des patients étaient encore suivis. Le relais de soin avait été préparé pour 26% des patients mais ne semblait pas toujours efficient. Le parcours pénitentiaire en lui-même apparaissait source de discontinuité.

Notre étude se focalise sur l'observation d'une cohorte issue de l'UHSA de Toulouse et ne prétend pas être représentative de l'ensemble des UHSA en fonctionnement. Nos résultats nous permettent de dégager des pistes de réflexion sur la manière d'améliorer la coordination

et la continuité des soins. En effet, les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire ne sont qu'un chaînon dans le maillage du réseau de soin psychiatrique. Pour les patients il s'agit d'une étape dans leur parcours de soin qui ne doit pas rester isolée. Il y a un avant et un après, chacun mérite d'être considéré avec attention de façon à en améliorer les intrications. Il paraît intéressant d'envisager comment intégrer l'ensemble des personnes ressources qui jalonnent le parcours de vie et de soin des patients, les familles, par exemple sont un soutien primordial dans la coordination des soins.

~~Vu permis d'imprimer  
Le Doyen de la Faculté  
de Médecine Purpan~~

J.P. VINEL

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

D. ROUGE

Vu le président de l'Unité  
le 14/03/2014.

**Professeur Laurent SCHMITT**  
*Professeur des Universités*  
**SERVICE UNIVERSITAIRE DE PSYCHIATRIE  
ET PSYCHOLOGIE MÉDICALE**  
CHU TOULOUSE - 330, avenue de Grande-Bretagne  
TSA 70034 - 31059 TOULOUSE CEDEX 9  
N° FINESS : 31 002 507 7 - N° RPPS : 10003858015

*L. Schmitt*

## GLOSSAIRE

- UHSA : Unités Hospitalières Spécialement Aménagées
- SMPR : Services Médico-psychologiques régionaux
- DSP : Dispositif de Soins Psychiatrique
- UCSA : Unité de Consultation et de Soins Ambulatoire
- AAH : Allocation Adulte Handicapé
- TDM : Examen Tomodensitométrie, Scanner
- SPC : Sans Produit de Contraste
- SDRE : Soins Sur Décision d'un Représentant de l'Etat
- SDT : Soins à la Demande d'un Tiers
- HL : Hospitalisation Libre
- TS : Tentative de Suicide
- TSO : Traitement de Substitution aux Opiacés
- CPP : Code de Procédure Pénal
- CSP : Code de la Santé Publique
- ANSMP : Association Nationale des Soignants en Milieu Pénitentiaire
- CMPR : Centres Médico-Psychologique Régionaux
- HO : Hospitalisation d'Office
- CIM : Classification Internationale des Maladies
- UHSI : Unité d'Hospitalisation Inter-Régionale
- DIR : Direction Inter-Régionale
- SMPM : Service de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire
- SPIP : Services d'Insertion et de Probation
- RPS : Remise de Peine Supplémentaire
- UMD : Unité pour Malade Difficile
- USIP : Unité de Soins Intensifs Psychiatriques
- CME : Commission Médicale d'Etablissement

- **Prévenu** : personne poursuivie devant le tribunal correctionnel ou devant le tribunal de police pour une infraction et qui n'a pas encore été jugée.
- **Condamné** : personne déclarée, par une décision définitive, coupable d'avoir commis une infraction, et à laquelle est infligée une sanction. Se dit aussi d'une personne détenue dans un établissement pénitentiaire en vertu d'une condamnation judiciaire définitive.
- **Comparution immédiate** : a comparution immédiate est la voie procédurale qui permet de faire juger le mis en cause directement à l'issue de sa garde à vue. (Articles 395 et suivants du CPP).
- **Maison d'arrêt** : établissements pour peine où sont détenus les mis en examen, prévenus ou accusés dans l'attente de leur jugement lorsqu'ils ont fait l'objet d'un placement en détention provisoire (Article 714 du CPP). A titre exceptionnel, certaines personnes condamnées à une peine d'emprisonnement peuvent être maintenues en maison d'arrêt (peine d'une durée inférieure ou égale à deux ans ou peine restant à subir inférieure à un an) (Article 717 du CPP).
- **Etablissements pour peine** :
  - **Les maisons centrales** : Etablissements pénitentiaires où sont détenues les personnes condamnées à de longues peines et/ou présentant des risques (Article D71 du CPP).
  - **Les centres de détention** : Etablissements pénitentiaires où sont détenues les personnes condamnées à une peine supérieure à deux ans et qui présentent les meilleures perspectives de réinsertion sociale (Article D72 du CPP).
  - **Les centres de semi-liberté** : Etablissements pénitentiaires qui reçoivent les personnes condamnées admises au régime de la semi-liberté ou du placement extérieur. Ce régime d'exécution de peine permet à la personne condamnée de s'absenter de l'établissement pénitentiaire pendant la journée pour exercer une activité professionnelle, bénéficier d'un traitement médical, suivre un enseignement ou une formation ou tout autre projet d'insertion ou de réinsertion de nature à prévenir les risques de récidive (Article D72-1 du CPP).

## INDEX DES FIGURES ET TABLEAUX

FIGURE 1 REPARTITION DES AGES .....	61
FIGURE 2 INDICATEURS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES EN FONCTION DU SEXE REPRESENTES EN % .....	62
FIGURE 3 ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES EN MILIEU LIBRE.....	63
FIGURE 4 REPARTITION DES ANTECEDENTS EN MILIEU LIBRE EN % .....	65
FIGURE 5 REPARTITION DES ANTECEDENTS EN MILIEU PENITENTIAIRE .....	66
FIGURE 6 REPARTITION DES MOTIFS D'HOSPITALISATION EN POURCENTAGE (N=151) .....	68
FIGURE 7 REPARTITION DES DIAGNOSTICS PRINCIPAUX ET ASSOCIES EN %.....	69
FIGURE 9 DUREE DES HOSPITALISATIONS EN 2012 .....	71
FIGURE 10 REPARTITION DES CONDUITES ADDICTIVES PROBLEMATIQUES EN FONCTION DU SEXE EN % .....	74
FIGURE 11 DEVENIR DES PATIENTS A UN AN .....	89
FIGURE 12 DEVENIR DES PATIENTS LIBERES .....	89
FIGURE 13 HOSPITALISATIONS EN 2013, REPRESENTES EN NOMBRE DE PATIENTS PAR LIEUX.....	90
FIGURE 14 REPARTITION DES DIAGNOSTICS PRINCIPAUX : PAVILLON ARTAUD .....	103
FIGURE 15 REPARTITION DES DIAGNOSTICS PRINCIPAUX : UHSA.....	103
TABLEAU 1 ADDICTIONS.....	62
TABLEAU 2 DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES ET PSYCHIATRIQUES.....	64
TABLEAU 3. CARACTERISTIQUES DE L'HOSPITALISATION .....	67
TABLEAU 4 DUREE MOYENNE D'HOSPITALISATION, ET NOMBRE DE SEJOURS EN 2012.....	71
TABLEAU 5 DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES EN FONCTION DU SEXE .....	72
TABLEAU 6 SITUATION DE PRIMO-INCARCERATION SELON LE SEXE .....	72
TABLEAU 7 CONSOMMATIONS PROBLEMATIQUES ET ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES SELON LE SEXE.....	73
TABLEAU 8 REPARTITION DES MOTIFS D'HOSPITALISATION SELON LE SEXE .....	74
TABLEAU 9 CARACTERISTIQUES DE L'HOSPITALISATION EN FONCTION DU SEXE.....	75
TABLEAU 10 RESULTATS DESCRIPTIFS PAR CATEGORIES DIAGNOSTIQUES.....	77
TABLEAU 11 CARACTERISTIQUES DE L'HOSPITALISATION A L'UHSA EN FONCTION DU DIAGNOSTIC.....	78
TABLEAU 12 CARACTERISTIQUES GENERALES DU DEVENIR A 1 AN .....	87
TABLEAU 13. PRISE EN CHARGE ET EVOLUTION EN FONCTION DU SEXE.....	94
TABLEAU 14 CARACTERISTIQUES DU SUIVI EN FONCTION DU DIAGNOSTIC .....	95
TABLEAU 15 CARACTERISTIQUES DU DEVENIR EN FONCTION DU DIAGNOSTIC .....	95

## ANNEXES

Annexe n°1 : entretien d'accueil UHSA.....	122
Annexe n°2 : questionnaire destiné aux médecin « adresseurs ».....	124

# Annexe n°1

## ENTRETIEN D ACCUEIL UHSA

nom de naissance :  
né le .././....., âge : .....ans  
Adresse :  
date d'entrée : ../.../ .....

### ELEMENTS A SAISIR DANS SITUATION SOCIALE

Revenus perçus :  
Assedic - RMI - AAH - Pension  
d'invalidité - Autres :  
Protection civile :  
Sauvegarde de justice - curatelle - Tutelle  
Nom du curateur/tuteur ou organisme :

### ELEMENTS BIOGRAPHIQUES:

Placement dans l'enfance :  
Evènements marquants qui ont jalonné son  
parcours :

### PARCOURS SCOLAIRE ET PROFESSIONNEL:

niveau scolaire  
diplômes obtenus  
Expériences professionnelles :  
Dernier emploi occupé :  
Service militaire / journée citoyenne :  
OUI NON  
Si non, pourquoi : réformé - exempté

### CADRE DE VIE :

cadre de vie/hébergement :  
Autonome - Famille - Tiers - Collectivité -  
SDF(foyers/rue)  
Situation familiale :  
Célibataire - concubinage - pacsé - marié -  
séparé - divorcé - veuf/veuve  
Nombre enfant(s) :  
âges et prénom(s) :  
Famille :  
Père :  
Mère :  
Fratrie :

HISTOIRE MALADIE(S):  
ANTECEDENTS FAMILIAUX :  
ANTECEDENTS PERSONNELS :  
Somatiques :  
Allergies : OUI NON  
Si oui lesquelles :

### CONDUITES A RISQUES :

Cf tableau ci-après  
Interprétation :  
Score <2 : consommation occasionnelle ou  
modérée  
Score ≥2 : consommation problématique ou  
excessive  
Produits de substitution OUI NON  
Si oui date de début :  
Nom du produit :  
Médecin ou réseau :

### TRAITEMENT MEDICAMENTEUX :

Posologie Produit de substitution  
Si dépendance tabagique, comment  
pensez-vous gérer l'interdiction de la nuit?  
Pensez-vous nécessiter la prescription d'un  
substitut nicotinique la nuit?

### TRAITEMENT AUTRES PRISES EN CHARGE :

Suivi somatique en détention : OUI NON  
Si oui, nom du médecin :  
Psychiatriques :  
Suivi psychiatrique en détention  
: OUI NON  
si oui, nom du Psychiatre :  
Suivi psychiatrique en milieu libre  
: OUI NON  
Si oui, nom du psychiatre  
Autres prises en charges : psychologue -  
kiné - dentiste - cardiologue- etc...

### SOMMEIL:

ALIMENTATION/HYDRATATION  
 HABITUDES :  
 Prothèses dentaires : OUI NON  
 Le repas pris en collectivité représente-t-il  
 un problème pour vous?

ALIMENTATION/HYDRATATION  
 SPECIFICITES :

ELIMINATION :

HYGIENE CORPORELLE :

TENUE VESTIMENTAIRE :

MOBILITE :

LOISIRS, CENTRES D INTERETS :

RELATION COMMUNICATION :

DOULEUR :  
 Avez- vous une douleur actuellement?  
 Si oui combien sur une échelle de 0 à 10?

SITUATION PENALE :  
 No écrou :  
 date d'incarcération  
 Statut : prévenu - condamné  
 condamné  
 Etablissement pénitentiaire de provenance  
 TRANSFERT  
 TGI de référence  
 Durée condamnation :  
 Nature de l'infraction : correctionnelle AB -  
 correctionnelle AP - Criminelle AB  
 criminelle AP - infraction stupéfiants -  
 infraction étrangers  
 Nombre d'incarcérations :  
 Antécédents judiciaires : OUI NON  
 si oui, motifs et âge :

MOTIF D'HOSPITALISATION :

	Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation ?		Votre entourage vous a-t'il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?		Avez-vous déjà eu l'impression que vous consommiez trop ?		Avez-vous déjà eu besoin de consommer dès le matin pour vous sentir en forme ?	
	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non
Alcool								
Cannabis								
Cocaïne								
Ecstasy								
Héroïne								
LSD								
Médicaments								
Tabac								
Autre								

## Annexe n°2

### Questionnaire destiné aux psychiatres ayant adressé des patients à l'UHSA de Toulouse en 2012

Cette enquête vise à recueillir des informations concernant le recours aux soins psychiatriques des patients ayant été hospitalisés à l'UHSA de Toulouse en 2012, (seuls les patients sortis au 31/12/2012 ne sont pris en compte). Ce recueil s'inscrit dans le cadre d'un travail de thèse dont l'objectif principal est de décrire la place de l'UHSA dans le parcours de soin des patients.

3 premières lettres du nom du patient : .....Nom du médecin : .....

1- A la sortie de son hospitalisation en 2012, l'état clinique du patient vous a-t-il paru amélioré ? **OUI** **NON**

*(Si le patient a été hospitalisé à plusieurs reprises en 2012 à l'UHSA merci de préciser pour chaque passage)*

2- Le patient est-il toujours suivi par vous actuellement ?

**OUI** **NON**

Sinon, veuillez en indiquer la raison :

Perdu de vue

Transfert pénitentiaire

Levée d'écrou

Le cas échéant pouvez-vous préciser quel service a pris le relais des soins :

.....

3- Le patient bénéficie-t-il toujours d'un traitement médicamenteux ?

**OUI** **NON**

4- A-t-il depuis sa sortie de l'UHSA en 2012, eu recours à une hospitalisation en psychiatrie ?

**OUI** **NON**

Si oui, où ?.....

Sous quel mode ?.....

5- Comment évalueriez-vous la qualité de la coordination des soins avec l'UHSA ?

**Bonne** **Insuffisante**

Vos remarques éventuelles

.....  
.....

Je vous remercie pour votre participation

## BIBLIOGRAPHIE

- [1] BARATTA A., WEINER L. « La lycanthropie : du mythe à la pathologie psychiatrique ». *L'information psychiatrique*. 1 septembre 2009. Vol. Volume 85, n°7, p. 675-679.
- [2] QUÉTEL C. *Histoire de la folie: de l'Antiquité à nos jours*. Paris : Tallandier, 2009. ISBN : 9782847346039 2847346031.
- [3] GUIGNARD L. « L'irresponsabilité pénale dans la première moitié du XIXe siècle, entre classicisme et défense sociale ». *Champ pénal/ Penal field*. 17 juillet 2005.
- [4] GOBLOT-CAHEN C. « Qu'est-ce que punir ? » *Hypothèses*. 1 mars 2002. n°1, p. 87-97.
- [5] HULOT H. *Le Digeste de Justinien - Livre 48 (Quatrième partie)* [En ligne]. Disponible sur : < <http://ledroitcriminel.free.fr/>
- [6] RASSINIER J.-P. « L'hérésie comme maladie dans l'œuvre de Saint Augustin ». *mots*. 1991. Vol. 26, n°1, p. 65-83.
- [7] COLÉE M., QUÉTEL C. *Histoire des maladies mentales*. [s.l.] : Que sais-je, 1987.
- [8] LAHARIE M. « Comprendre et soigner la maladie mentale au Moyen Age (XIe-XIIIe siècles) ». In : *Histoire des sciences médicales. Société française d'Histoire de la médecine. Communication* : Arodan. p. 137-142.
- [9]. FOUCAULT M. *Surveiller et punir*. Gallimard Paris; 1975
- [10] SERPILLON F., *Code criminel, ou commentaire sur l'Ordonnance de 1670*, Lyon, Chez les frères Périsse, 1784, vol. 1, p. 581-623.
- [11] GLORIS BARDIAUX-VAÏENTE M. *Temps modernes et absolutismes en Europe : des cultures politiques et judiciaires communes* [En ligne]. *Le carnet de l'abolition*. 15 avril 2012. Disponible sur : < <http://abolition.hypotheses.org/518> > (consulté le 15 février 2014)
- [12] MUSSET J. « Fous, insensés et autres « imbécilles » en droit normand ». *annor*. 2000. Vol. 50, n°3, p. 468-469.
- [13] VRIENDT F. D. « Frénétiques, possédés, furieux et autres « fous » au Moyen Âge. Le témoignage de quelques récits hagiographiques, ». Disponible sur : < <http://www.academia.edu> > (consulté le 9 février 2014)
- [14] CARLIER C. « Histoire des prisons et de l'administration pénitentiaire française de l'Ancien Régime à nos jours ». *Criminocorpus. Revue d'Histoire de la justice, des crimes et des peines* [En ligne]. 14 février 2009. Disponible sur : < <http://criminocorpus.revues.org/246> > (consulté le 14 décembre 2013)

- [15] BOULAIRE J.-M. L., FAUGERON C. « Prisons, peines de prison et ordre public ». *rfsoc.* 1992. Vol. 33, n°1, p. 3-32.
- [16] MICHEL P. « Le siècle des bagnes coloniaux (1852 - 1953) ». Disponible sur : <<http://criminocorpus.revues.org/174> > (consulté le 10 mars 2014)
- [17] BECCARIA C., ÉD. *Traité des délits et des peines*. Chicoutimi : J.-M. Tremblay, 2006.
- [18] QUÉTEL C., POSTEL J. *Nouvelle histoire de la psychiatrie*. Paris : Dunod, 2004.
- [19] PINEL P. *Traité médico - philosophique sur l'aliénation mentale*. J. Ant. Brosson, 1809. 540 p.
- [20] COUPECHOUX P. *Un monde de fous: comment notre société maltraite ses malades mentaux*. Seuil, 2006.
- [21] ESQUIROL E. *Note sur la monomanie-homicide*. J.B. Baillière, 1827. 60 p.
- [22] RENNEVILLE M. *Crime et folie: deux siècles d'enquêtes médicales et judiciaires* : Fayard Paris, 2003.
- [23] GUIGNARD L., GUILLEMAIN H., TISON S. « Expériences de la folie ». 2013.
- [24] BAILLARGER J. *Note sur les causes de la fréquence de la folie chez les prisonniers...* 1844.
- [25] DE BOISMONT A. B. « Sur la nécessité de créer un établissement spécial pour les aliénés vagabonds et criminels ». In : *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*. 1846. p. 396-412.
- [26] SENON J. L., LAFAY N., PAPET N., MANZANERA C. « Prison et psychiatrie: à la difficile recherche d'un équilibre entre sanitaire, social et judiciaire ». *Revue pénitentiaire et de Droit Pénal*. 2000. p. 506-23.
- [27] LECERF J.R, BARBIER G ET DEMONTES C. « Proposition de loi relative à l'atténuation de responsabilité pénale applicable aux personnes atteintes d'un trouble mental ayant altéré leur discernement au moment des faits ». Disponible sur : <<http://www.senat.fr/l> > (consulté le 22 janvier 2014)
- [28] BARON-LAFORET S., BRAHMY B. « Psychiatrie en milieu pénitentiaire ». *Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Psychiatrie*. 1998. p. 37-953.
- [29] MACHERET-CHRISTE F., GRAVIER B. « Schizophrénie, psychose et prison ». *La lettre de la schizophrénie n°23*. juin 2001. p. 2-8.
- [30] SENON J.-L. *Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire*. Paris, France : Presses universitaires de France, 1998. 127 p. (Médecine et société (Paris. 1997),
- [31] AMOR P. « La réforme pénitentiaire en France ». *Revue de sciences criminelles et de droit pénal comparé*. 1947. n°1, p. 1-30.

- [32] RENNEVILLE M. « Psychiatrie et prison : une histoire parallèle ». *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. octobre 2004. Vol. 162, n°8, p. 653-656.
- [33] ROELANDT J.-L. « De la psychiatrie vers la santé mentale, suite : bilan actuel et pistes d'évolution ». *L'information psychiatrique*. 1 novembre 2010. Vol. 86, n°9, p. 777-783.
- [34] CHODORGE G., NICOLAS G. « Santé en milieu carcéral: rapport sur l'amélioration de la prise en charge sanitaire des détenus. » *Editions Ecole nationale de la santé publique*, 1993.
- [35] MICHEL L., BRAHMY B. *Guide de la pratique psychiatrique en milieu pénitentiaire*. Paris : Heures de France, 2005.
- [36] « Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues et à leur protection sociale. ». Disponible sur : < <http://www.sante.gouv.fr/> > (consulté le 10 mars 2014)
- [37] « Les règles pénitentiaires européennes ». Disponible sur : <<http://www.justice.gouv.fr/>> (consulté le 10 mars 2014)
- [38] COLDEFY M. « Les disparités départementales de prises en charge de la santé mentale en 2005 - Drees - Ministère des Affaires sociales et de la Santé ». Disponible sur : < <http://www.drees.sante.gouv.fr/> > (consulté le 29 décembre 2013)
- [39] GALLET E., CAMILLERI C., CROCHET F., LAURENCIN G., NOUVEL A. « Les psychotiques incarcérés ». *Forensic*. 2000. Vol. 2, p. 48-52.
- [40] FAZEL S., DANESH J. « Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys ». *The Lancet* . février 2002. Vol. 359, n°9306, p. 545-550.
- [41] PRIETO N., FAURE P. « La santé mentale des détenus entrants ou suivis dans les prisons françaises comportant un SMPR ». *L'Encéphale*. décembre 2004. Vol. 30, n°6, p. 525-531.
- [42] COLDEFY M., FAURE P., PRIETO N. « La santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus : accueillis par les services médico-psychologiques régionaux ». 2012. Disponible sur : < <https://www.epsilon.insee.fr/> > (consulté le 2 mars 2014)
- [43] ROUILLON F., DUBURCQ A., FAGNANI F., FALISSARD B. « Étude épidémiologique sur la santé mentale des personnes détenues en prison ». *Rapport définitif* [En ligne]. 2004. Disponible sur : < <http://www.cabinet-ferly.com> > (consulté le 5 janvier 2014)
- [44] COLDEFY M. « La prise en charge de la santé mentale des détenus en 2003 - Drees - Ministère des Affaires sociales et de la Santé ». Disponible sur : < <http://www.drees.sante.gouv.fr/> > (consulté le 26 janvier 2014)
- [45] LE CERF J.-R. « Prison et troubles mentaux : Comment remédier aux dérives du système français ? ». Disponible sur : < <http://www.senat.fr/> > (consulté le 1 novembre 2013)

- [46] SENON J. L. « Troubles psychiques et réponses pénales ». *Champ pénal XXXIV*e Congrès français de criminologie [En ligne]. 15 septembre 2005. Disponible sur : < <http://dx.doi.org/10.4000/champpenal.77> > (consulté le 4 janvier 2014)
- [47] SENON J.-L., MANZANERA C. « Comment mieux répondre aux problèmes cliniques et médico-légaux actuels pour préserver une psychiatrie ouverte et dynamique ? » *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. Elsevier, 2005. p. 870–877.
- [48] SECHTER D. « La dangerosité, problème central dans la confrontation des modèles intégratifs et ségrégatifs des soins entre prison et hôpital ». *L'information psychiatrique*. 2012. Vol. 88, n°8, p. 631–640.
- [49] BRAHMY B. « Psychiatrie et prison ». *Études*. 2005. n°6, p. 751–760.
- [50] GUIGNARD L., GUILLEMAIN H. « Les fous en prison? » [En ligne]. 2008. Disponible sur : < <http://www.laviedesidees.fr/Les-fous-en-prison.html> > (consulté le 4 mars 2014)
- [51] GLEZER D. « La Psychiatrie publique à l'épreuve des murs de la prison ». *Criminocorpus. Revue d'Histoire de la justice, des crimes et des peines* [En ligne]. 17 octobre 2012. Disponible sur : < <http://criminocorpus.revues.org/2043> > (consulté le 16 février 2014)
- [52] PRADIER P. « La gestion de la santé dans les établissements du programme 13 000 ». *Evaluation et perspectives. Documents, visites, entretiens, réflexions. Rapport missionné par la Garde des Sceaux et le Secrétaire d'Etat à la santé et à l'action sociale*. 1999. Vol. 30,.
- [53] HYEST J.-J., CABANEL G.-P. « Les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France », 2000. Disponible sur : < <http://www.senat.fr/> > (consulté le 1 mars 2014)
- [54] FLOCH J. « Rapport sur la situation dans les prisons françaises ». 2000. Disponible sur : < <http://www.assemblee-nationale.fr/> > (consulté le 1 mars 2014)
- [55] PIEL E., ROELANDT J.-L. « De la psychiatrie vers la santé mentale ». *VST - Vie sociale et traitements*. 2001. Vol. 72, n°4, p. 9.
- [56] FATOME M., VERNEREY M., LALANDE F., FROMENT B., VALDES-BOULOUQUE M. « L'organisation des soins aux détenus ». *Rapport d'évaluation. Inspection générale des affaires sociales (Igas) et Inspection générale des services judiciaires (IGSJ)*. 2001.
- [57] ALEZRAH C., BOBILLO J.-M. « Portes ouvertes ou fermées en hospitalisation à temps plein? » *L'Information Psychiatrique*. 2004. Vol. 80, n°7, p. 571–578.
- [58] PANFILI J.-M. « L'hospitalisation sans consentement des détenus atteints de troubles mentaux : un dispositif incertain et controversé ». *Droit, Déontologie & Soins*. mars 2013. Vol. 13, n°1, p. 9–15.
- [59] LAMOTHE P., BECACHE E., MEUNIER H. « Dispositif de soin de l'UHSA : un symbole et une avancée majeure ». *Gestions hospitalières*. n°506, p. 331–333.

- [60] « Loi n°2002-1138 du 9 septembre 2002 - Article 48 ». Disponible sur : < <http://www.legifrance.gouv.fr/> > (consulté le 10 mars 2014)
- [61] CHANTRAINE G. « De la prison post-disciplinaire en général et de la carcéralisation du soin psychiatrique en particulier : le cas français ». 2007. p. 206-220.
- [62] ROSSINELLI G. « Violence et psychiatrie : quels experts ? pour quels rôles ? » *L'Information Psychiatrique*. 2006. Vol. 82, n°8, p. 655-662.
- [63] ZAGURY D. « Les psychiatres sont-ils responsables de la raréfaction des non-lieux psychiatriques ? » *Journal français de psychiatrie*. 2001. n°2, p. 14-17.
- [64] RAPPORT. « Cour des comptes ». 2014. Disponible sur : < <http://www.ccomptes.fr/> > (consulté le 2 mars 2014)
- [65] DUBRET G. « Peut-on soigner et/ou punir et dans quel cadre ? » *L'information psychiatrique*. 1 novembre 2013. Vol. Volume 89, n°9, p. 705-712.
- [66] JUAN F., CHOCARD A.-S., DAVID M. « État des lieux des services médico-psychologiques régionaux ». *L'Information Psychiatrique*. 2005. Vol. 81, n°7, p. 609-619.
- [67] GARRE C. « Santé des détenus : la nouvelle charge de la Cour des comptes ». Disponible sur : < <http://www.lequotidiendumedecin.fr/> > (consulté le 2 mars 2014)
- [68] DAVID M. « Communiqué ASPMP, sur les UHSA ». 2013. Disponible sur : < <http://www.apres-tout.org/> > (consulté le 3 novembre 2013)
- [69] BILLARD J., ALBARDIER W., CHAIX C. « Psychose et toxicomanie en milieu carcéral ». *Perspectives Psy*. 2006. Vol. 45, n°4, p. 380-388.
- [70] TERRA J. L. « Rapport Pour la Prevention du Suicide des personnes Detenues ». *French Ministry of Health, French ministry of Justice, Paris*. 2003. p. 16.
- [71] TOURNIER P. « Le suicide sous écrou. ». [En ligne] Disponible sur : < <http://prison.eu.org> > (consulté le 15 mars 2014)
- [72] DELARUE J.M, ANDRE M. « Les femmes dans les lieux privatifs de liberté. » *Sénat, comptes-rendus de la délégation aux Droits des femmes* [En ligne]. Disponible sur : < <http://parcoursdefemmes.free.fr/> > (consulté le 19 mars 2014)
- [73] GASTONE R. « Étude médico-sociale des femmes incarcérées à la Maison d'arrêt de Fleury-Mérogis en 2000 et 2001 ». *Santé Publique*. 2003. Vol. 15, n°2, p. 133.
- [74] DAIGLE M. COTE G. « Troubles mentaux et problématique suicidaire chez les femmes incarcérées dans un établissement de détention provincial ». *Psychiatrie et violence* [En ligne]. Disponible sur : < <http://www.psychiatrieviolence.info> > (consulté le 18 mars 2014)
- [75] LE GOFF V., AVIGDOR L., CAGLI P., SOLDINI G. « Femmes en prison: bilan différencié et état de santé : Genre et médecine ». *Médecine et hygiène*. Vol. 60, n°2385, p. 659-662.

- [76] HUET G. « *Parcours de femmes* » *Assemblée Nationale : rapport d'information fait au nom de la délégation aux Droits des femmes sur le projet de loi pénitentiaire (N° 1506)*. [En ligne]. Disponible sur : < <http://parcoursdefemmes.free.fr/> > (consulté le 19 mars 2014)
- [77] COUTANCEAU R., SMITH J. *Troubles de la personnalité: Ni psychotiques, ni névrotiques, ni pervers, ni normaux...* Dunod, 2013. 552 p.
- [78] HAEGEMAN N. *Création de l'Unité d'Hospitalisation Spécialement Aménagée de Nancy*. Thèse d'exercice. Nancy : Faculté médecine, 2012. 259 p.
- [79] LAMBERT C.-E., BIED C., MEUNIER F., BECACHE E., MASSOUBRE C. « Les Unités Hospitalières Spécialement Aménagées : perspectives et appréhensions face à une nouvelle institution psychiatrique dans le paysage pénitentiaire français ». *Psychiatrie et violence* . 2011. Vol. 11, n°1.
- [80] MATHIS D., HANON C., PASTOUR N., FORISSIER P., FEILLARD J. « L'hospitalisation en psychiatrie des détenus : conditions et modalités, à propos d'une étude effectuée à l'Infirmerie psychiatrique ». *L'Information Psychiatrique*. 1 avril 2004. Vol. 80, n°4, p. 285-289.
- [81] GRANIER J. *Approche des rapports psychiatrie et justice*, Thèse d'exercice, Université Paul Sabatier, Toulouse, Faculté des sciences médicales Purpan, 2007. 282 p.
- [82] DAVID M. « Schizophrénie et détention : angles d'approche ». *L'information psychiatrique*. 1 février 2010. Vol. Volume 86, n°2, p. 181-190.
- [83] DAVID M. « La suspension de peine pour raison médicale ». *L'information psychiatrique*. 31 janvier 2014. Vol. Volume 90, n°1, p. 8-10.
- [84] SENON J.-L. « Troubles de la personnalité et psychiatrie face au courant d'insécurité de la société: de la nécessité de penser le champ du soin face aux peurs collectives ». *L'Information Psychiatrique*. 2008. Vol. 84, n°3, p. 241-247.
- [85] BEAUREPAIRE C. DE. *Non-lieu: un psychiatre en prison*. Paris, France : Fayard, 2009. 364 p.
- [86] BASSI N. *Chroniques de la folie incarcérée: Au« non » du soin* l'Harmattan, 2011.
- [87] DUBRET G. « UHSA: un formidable effort dans la mauvaise direction ». *L'Information Psychiatrique*. 2008. Vol. 84, n°6, p. 543-550.
- [88] BÉNÉZECH M., LE BIHAN P., BOURGEOIS M. L. « Criminologie et psychiatrie ». *Encycl Med Chir Psychiatrie*. 2002. Vol. 6, p. 37-906.
- [89] ROSSINELLI G. « Loi Perben an II: paradoxes et évolutivité de la psychiatrie légale ». *L'Information Psychiatrique*. 2004. Vol. 80, n°4, p. 271-279.
- [90] PAULET C. « Soins psychiatriques aux détenus , soins sous contrainte : le débat en France ». 2002. Disponible sur : < <http://www.psychiatrieviolence.ca/> > (consulté le 2 mars 2014)

- [91] BÉNÉZECH M. « Nous sommes responsables de la criminalisation abusive des passages à l'acte pathologiques ». *Journal français de psychiatrie*. 1 octobre 2001. Vol. 13, n°2, p. 23-24.
- [92] « Statistiques mensuelles de la population détenue et écrouée ». 2013. Disponible sur : < <http://www.justice.gouv.fr/> > (consulté le 16 février 2014)
- [93] PAULET C. « Bilan et perspectives de l'organisation des soins psychiatriques aux personnes détenues, en particulier de l'hospitalisation ». *L'Information Psychiatrique*. 1 avril 2004. Vol. 80, n°4, p. 307-312.
- [94] DAVID M., PAULET C., LAURENCIN G. « Psychiatrie en milieu pénitentiaire : la loi de 1994 pourrait-elle être remise en cause par l'essor de la préoccupation sécuritaire et de l'évaluation de la dangerosité ? » *L'information psychiatrique*. 1 octobre 2012. n°8, p. 605-615.
- [95] DUBRET G. « La prison, ultime institution psychiatrique pour soigner et punir ? » *L'Information Psychiatrique*. 2006. Vol. 82, n°8, p. 663-668.
- [96] DEMAILLY L. *Sociologie des troubles mentaux*. La Découverte, 2011. 90 p.(Repères).
- [97] MASSÉ G. « Pour une lecture attentive et sans préjugés du rapport Couty ». *L'information psychiatrique*. 2009. Vol. 85, n°6, p. 567-569.
- [98] SENON J.-L. « Conclusion: dix ans après et un siècle et demi après Baillarger ». In : *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. Elsevier, 2004. p. 682-684.
- [99] HERMITE D. « Baromètre de la santé mentale, enquête IPSOS ». 2009. Disponible sur : < <http://www.fondation-fondamental.org/> > (consulté le 8 mars 2014)
- [100] BURGELIN J. F. « Santé, justice et dangerosités: pour une meilleure prévention de la récidive ». *Paris: Rapport Burgelin*. 2005.
- [101] GONÇALVES B. « Un rapport d'activité 2013 du Contrôleur général des lieux de privation de liberté en forme de bilan du mandat de Jean-Marie DELARUE ». *La Revue des droits de l'homme. Revue du Centre de recherches et d'études sur les droits fondamentaux* [En ligne]. 11 mars 2014. Disponible sur : < <http://revdh.revues.org/623> > (consulté le 17 mars 2014)
- [102] MORON P., HAZANE F., ARBUS C. « Sexe et prison ». *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. juin 2004. Vol. 162, n°5, p. 373-377.
- [103] BONNAFÉ L. « Franco Basaglia : la rupture ». *Vie sociale et traitements*. 1 mai 2003. Vol. 78, n°2, p. 27-28.
- [104] SHANKAND R., SAÏAS T., FRIBOULET D. « De la prévention à la promotion de la santé: intérêt de l'approche communautaire ». *Pratiques psychologiques*. 2009. Vol. 15, n°1, p. 65-76.
- [105] PAULET C. « Réflexions sur les objectifs et les conditions du soin psychiatrique en milieu pénitentiaire ». *Perspectives Psy*. 2006. Vol. 45, n°4, p. 373-379.

- [106] ALEZRAH C. « Clinique, problèmes et perspectives des soins avec ou sans consentement ». *Perspectives Psy.* 2009. Vol. 48, n°1, p. 22–30.
- [107] LANTERI-LAURA D. G. « Psychiatrie, justice et déviances sexuelles. Perspective historique ». *art. cit.* p. 4.
- [108] SENON J.-L. « La psychiatrie à l'épreuve de l'insécurité sociale: la dangerosité ou plutôt la prédiction du risque de violence en toile de fond du débat psychiatrie-justice ». *L'information psychiatrique.* 2012. Vol. 88, n°6, p. 407–414.
- [109] CHABANNES J.-M. « Les unités d'hospitalisations spécialement aménagées (UHSA), ou le résultat d'un divorce malheureux ». *L'Information Psychiatrique.* 2004. Vol. 80, n°4, p. 291–294.
- [110] KANOUI-MEBAZAA V., VALANTIN M.-A. « La santé en prison ». *Les Tribunes de la santé.* 2007. Vol. 17, n°4, p. 97.

**Descriptive research on patients' clinical characteristics and health care process at the Toulouse UHSA (Mental Health Care Unit) in 2012.**

---

**ABSTRACT :**

Psychiatry in custodial settings has recently been expanded with Mental Health Care Units known as UHSA which contribute to higher quality care and aim at obtaining interoperability throughout seamless care. Retrospective and prospective cohort studies based on 151 in-patients from the UHSA in Toulouse in 2012 were conducted and led to the description of vulnerable patients suffering from chronic mental disorders : 48% had psychotic disorders, their follow-up has been quite difficult. Only 47% of these patients benefitted from psychiatric services outside custody. One year later around 67% of these patients were still cared for. Patient-centered focus as well as integrated collaboration from care providers should be implemented in order to ensure seamless care .

---

**KEY WORDS :** Psychiatry, justice, jail, forensic expertise, mental health care units, inmate patient

---

**INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :**

Université Toulouse III-Paul Sabatier

Faculté de médecine Toulouse-Purpan, 35 Allées Jules Guesde BP 7202 31073  
Toulouse Cedex 7

---

Directeur de thèse : Nicolas JOB

---

## **Approche descriptive du profil et du parcours de soin des patients admis à l'Unité Hospitalière Spécialement Aménagée de Toulouse en 2012**

---

### RESUME :

Le secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire s'est récemment étoffé d'Unités Hospitalières Spécialement Aménagées, un progrès pour la qualité des soins, dont l'enjeu est de s'inscrire dans une trajectoire globale de soin. Notre étude, rétrospective et prospective, porte sur 151 patients hospitalisés dans l'unité de Toulouse en 2012, nous y décrivons des patients vulnérables, porteurs de pathologies chroniques : 48% de troubles psychotiques, dont la continuité des soins s'opère difficilement. Seulement 47% des patients bénéficiaient d'un suivi psychiatrique en milieu libre. Un an plus tard au moins 67% des patients bénéficiaient encore de soins. Dans une dynamique intégrative centrée sur le patient, la coopération de l'ensemble des acteurs de soin semble essentielle pour assurer la continuité des soins.

---

TITRE EN ANGLAIS : Descriptive research on patients' clinical characteristics and health care process at the Toulouse UHSA (Mental Health Care Unit) in 2012.

KEY WORDS : Psychiatry, justice, jail, forensic expertise, mental health care units, inmate patient

---

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialisée clinique

---

### MOTS-CLES :

UHSA, psychiatrie, prison, justice, patients détenus, hospitalisation, parcours de soin

---

### INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier

Faculté de médecine Toulouse-Purpan, 35 Allées Jules Guesde BP 7202 31073  
Toulouse Cedex 7

---

Directeur de thèse : Nicolas JOB