



HAL
open science

Santé mentale des patients hospitalisés à l'UHSA de Nancy. Etude descriptive et rétrospective de 186 patients

Maureen Floquet

► **To cite this version:**

Maureen Floquet. Santé mentale des patients hospitalisés à l'UHSA de Nancy. Etude descriptive et rétrospective de 186 patients. Sciences du Vivant [q-bio]. 2014. hal-01732023

HAL Id: hal-01732023

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732023>

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
2014

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Spécialisée

Par

Maureen FLOQUET

Le 23 Septembre 2014

**SANTE MENTALE DES PATIENTS HOSPITALISES A
L'UHSA DE NANCY**

**Etude descriptive et rétrospective de 186
patients**

Directeur de thèse : Docteur Isabelle MOURIC

Examineurs de la thèse :

Monsieur le Professeur Raymund SCHWAN
Monsieur le Professeur Daniel SIBERTIN BLANC
Monsieur le Professeur Bernard KABUTH
Monsieur le Docteur Pierre HORRACH
Madame le Docteur Isabelle MOURIC

Président
Juge
Juge
Juge
Juge

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
2014

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Spécialisée

Par

Maureen FLOQUET

Le 23 Septembre 2014

**SANTE MENTALE DES PATIENTS HOSPITALISES A
L'UHSA DE NANCY**

**Etude descriptive et rétrospective de 186
patients**

Directeur de thèse : Docteur Isabelle MOURIC

Examineurs de la thèse :

Monsieur le Professeur Raymund SCHWAN
Monsieur le Professeur Daniel SIBERTIN BLANC
Monsieur le Professeur Bernard KABUTH
Monsieur le Docteur Pierre HORRACH
Madame le Docteur Isabelle MOURIC

Président
Juge
Juge
Juge
Juge

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice-Doyen « Finances »	:	Professeur Marc BRAUN
Vice-Doyen « Formation permanente »	:	Professeur Hervé VESPIGNANI
Vice-Doyen « Vie étudiante »	:	M. Pierre-Olivier BRICE

Assesseurs :

- 1 ^{er} Cycle et délégué FMN Paces :	Docteur Mathias POUSSEL
- 2 ^{ème} Cycle :	Mme la Professeure Marie-Reine LOSSER
- 3 ^{ème} Cycle :	
« <i>DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques</i> »	Professeur Marc DEBOUVERIE
« <i>DES Spécialité Médecine Générale</i> »	Professeur Associé Paolo DI PATRIZIO
« <i>Gestion DU – DIU</i> »	Mme la Professeure I. CHARY-VALKENAERE
- Plan campus :	Professeur Bruno LEHEUP
- Ecole de chirurgie et nouvelles pédagogies :	Professeur Laurent BRESLER
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Relations Internationales :	Professeur Jacques HUBERT
- Mono appartenants, filières professionnalisantes :	Docteur Christophe NEMOS
- Vie Universitaire et Commission vie Facultaire :	Docteur Stéphane ZUILY
- Affaires juridiques, modernisation et gestions partenaires externes:	Mme la Docteure Frédérique CLAUDOT
- Réingénierie professions paramédicales :	Mme la Professeure Annick BARBAUD

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY

Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
Jean-Louis BOUTROY - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT -
François CHERRIER Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de
LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS

Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH

Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone
GILGENKRANTZ

Oliéro GUERCI - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE

Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE -
Pierre LEDERLIN Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Michel MANCIAUX - Philippe MANGIN -
Pierre MATHIEU - Michel MERLE

Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT -
Francis PENIN Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-
Marie POLU - Jacques POUREL Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER – Denis REGENT -
Michel RENARD - Jacques ROLAND

René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Claude SIMON -
Danièle SOMMELET

Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT- Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ -
Gérard VAILLANT Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel
WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Gérard BARROCHE Professeur Pierre BEY - Professeur
Patrick BOISSEL

Professeur Michel BOULANGE – Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Jean-Pierre CRANCE
Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeure Simone
GILGENKRANTZ Professeure Michèle KESSLER - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre
NICOLAS - Professeur Luc PICARD Professeur Michel PIERSON - Professeur Michel SCHMITT -
Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER Professeur Hubert UFFHOLTZ -
Professeur Paul VERT - Professeure Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET Professeur
Michel WAYOFF

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : *(Anatomie)*

Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : *(Cytologie et histologie)*

Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Christo CHRISTOV

3^{ème} sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : *(Radiologie et imagerie médecine)*

Professeur Michel CLAUDON – Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR
2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT
3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER
2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (*Médecine et santé au travail*)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeur François KOHLER – Professeure Eliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT

Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence*)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT

Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeure Marie-Reine LOSSER

2^{ème} sous-section : (*Réanimation ; médecine d'urgence*)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY –

Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie*)

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (*Neurologie*)

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE
Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD

2^{ème} sous-section : (*Neurochirurgie*)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN
Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS

3^{ème} sous-section : (*Psychiatrie d'adultes ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (*Pédopsychiatrie ; addictologie*)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (*Médecine physique et de réadaptation*)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie orthopédique et traumatologique*)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (*Pneumologie ; addictologie*)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (*Cardiologie*)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardiovasculaire*)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT – Professeur Thierry FOLLIGUET

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (*Néphrologie*)

Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (*Urologie*)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie*)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY - Professeur Athanase BENETOS

Professeure Gisèle KANNY – Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie générale*)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (*Pédiatrie*)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET
Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO – Professeure Rachel VIEUX

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie infantile*)

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (*Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale*)

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (*Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale*)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (*Ophthalmologie*)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeure Karine ANGIOI

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Docteur Edouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI – Docteure Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Docteure Aude MARCHAL – Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médecine*)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Docteur Mathias POUSSEL – Docteure Silvia VARECHOVA

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteure Véronique VENARD – Docteure Hélène JEULIN – Docteure Corentine ALAUZET

3^{ème} sous-section : (*Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales*)

Docteure Sandrine HENARD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteure Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

2^{ème} sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ère} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)*)

Docteure Lina BOLOTINE

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteure Céline BONNET

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Docteure Françoise LAPICQUE – Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Docteur Stéphane ZUILY

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie*)

Docteure Laure JOLY

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteure Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE

Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA - Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)

Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)

Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)

Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)

Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)

Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)

Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)

Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

A notre Président de thèse,

Monsieur le Professeur Raymund SCHWAN,

Professeur de Psychiatrie Adulte,

Je vous remercie très sincèrement d'avoir accepté de juger mon travail et de présider le jury de ma thèse.

Veillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de mon plus profond respect.

A notre Jury,

**Monsieur le Professeur Daniel SIBERTIN BLANC,
Professeur de Pédopsychiatrie,**

Vous avez accepté de juger cette thèse.

Je vous prie de trouver en cet ouvrage le témoignage de
ma vive reconnaissance et ma profonde estime

**Monsieur le Professeur Bernard KABUTH,
Professeur de Pédopsychiatrie,**

Pour l'honneur que vous me faites de siéger dans le jury
de ma thèse et pour l'intérêt que vous portez à ce sujet,
je vous assure de ma considération et de ma grande
reconnaissance.

**Monsieur le Docteur Pierre HORRACH,
Docteur en Psychiatrie Adulte,**

Vous avez accepté spontanément et avec enthousiasme
de faire partie de mon jury.

Très sensible à votre confiance, je vous exprime toute
ma gratitude et ma plus profonde reconnaissance.

A mon Directeur de thèse,

Madame le Docteur Isabelle MOURIC,

Docteur en Psychiatrie adulte,

C'est vous qui m'avez aidée tout au long de l'élaboration de ce travail. Votre constante disponibilité, vos solides qualités professionnelles et humaines, ainsi que votre extrême gentillesse m'ont encouragée durant tout ce temps.

Veillez trouver ici l'expression de ma profonde gratitude.

A toutes les équipes soignantes avec qui j'ai pu travailler et me former auprès d'eux :

- ✓ Au service du Dr Frédéric TRIEBSCH de Sarreguemines qui m'a accueillie toute jeune interne. A tous les médecins qui m'ont beaucoup instruite et qui ont renforcé mon choix de spécialité. Une pensée toute particulière au Dr Sylvanne LYASSE qui a cru en moi dès le début.
- ✓ Au service Les Lilas de Sarreguemines pour leur générosité et leur chaleur humaine. Au Dr Luc DEFRANOUX qui de par ses qualités professionnelles m'a beaucoup appris.
- ✓ Aux services B4N et B4S de Jury pour la bonne ambiance avec les infirmiers, leur totale confiance en moi et leur dynamisme.
- ✓ Au service de Pédopsychiatrie de Briey pour m'avoir permis de rencontrer ma première externe Laetitia avec qui j'ai noué des liens d'amitié sincère. A l'équipe des urgences de Briey, encore surpris de voir une interne de psychiatrie prendre des gardes somatiques, et qui m'ont accueilli à bras ouvert et n'ont à aucun moment douté de moi.
- ✓ Au service du CHU de Nancy avec mes premiers pas en détention. A l'équipe médicale qui a enrichi ma clinique, le Professeur Jean Pierre KAHN, le Docteur Pierrette WITKOWSKI, le Docteur Philippe AIM, le Dr Pauline KIEFFER et le Docteur Maxime LAMOURETTE.
- ✓ A toute l'équipe de l'UHSA de Nancy et l'administration pénitentiaire qui ont permis la réalisation de ce travail. Je tiens particulièrement à remercier Bénédicte et Catherine pour leur aide, leur dévouement et leur soutien durant toute la préparation de cette étude.

- ✓ A l'équipe du SMPR pour leurs qualités humaines, leur dynamisme, et leur côté maternel très appréciable en période de thèse.

- ✓ Au service de pédopsychiatrie Horizon de Nancy qui va presque me faire regretter d'avoir choisi la psychiatrie adulte. Au Dr Sandrine ZEYBEK et au Dr Elodie COCQUELIN pour leur sérénité face aux adolescents, leur sagesse et leur humour.

A toute l'équipe du DIM du CPN de LAXOU pour leur patience et leur disponibilité.

Au Docteur Cédric BAUMANN qui a participé activement à la réalisation de cette étude.

A tous les médecins qui m'ont marquée pendant les études médicales par leur pédagogie et leur bienveillance envers les patients.

A mes parents qui me soutiennent sans relâche depuis toutes ces années et qui à aucun moment ne doutent de moi.

A mon Olivier qui a été mon rayon de soleil pendant la préparation de ce travail et que je vais rejoindre dans notre chez nous bientôt.

A mes deux frères, Nicolas et Arthur. Nos différences renforcent mon admiration pour vous. Je vous souhaite d'être heureux. A Charlène et Agathe qui ont vu leur sincérité, leur générosité et leur amour.

A ma famille (Les mamies, les oncles et tantes, les cousins) et aux amies de la famille (Noëlle, Marie-Claude, Patricia) qui ont pu souffrir de mon départ dans l'Est pour poursuivre mes choix professionnels et qui m'accueillent tout le temps chaleureusement dans le Ch'Nord.

A mes amies Lilloises que j'admire, Aurélie pour sa volonté d'aller de l'avant et sa disponibilité, Julie pour son côté artiste et son auto dérision, Stéphanie pour ses capacités à rebondir et à voir la vie du bon côté, Aurore pour son humour et sa force, Maelle et Léa pour les beaux voyages au bout du monde et leur authenticité.

A mes amies Nancéens, Marion pour m'avoir accompagnée durant 4 ans dès le premier choix de stage et sa générosité, Anna pour son soutien, Dorothee pour son écoute et son humour, Pénélope pour son côté terre à terre, Anne Laure et Thibaut pour leur sensibilité, Caroline D pour sa vision géniale du monde, Caroline P pour son dynamisme, Nathalie pour sa sérénité à toute épreuve, Julien pour sa sociabilité et ses points info, Raluca pour sa ténacité.

A tous les autres internes externes avec qui j'ai pu échanger.

A Kathi qui j'en suis persuadée va trouver sa voie et s'épanouir.

A ceux qui ne sont plus parmi nous mais qui comptent dans mon cœur. (Lisa et Julien)

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 matières

I.	INTRODUCTION	20
A.	LA POPULATION CARCERALE	22
1.	Les établissements pénitentiaires	22
2.	La population carcérale	25
B.	LA SANTE MENTALE DE LA POPULATION CARCERALE.....	29
1.	Etudes épidémiologiques en milieu carcéral.....	29
2.	Santé mentale des femmes incarcérées	32
3.	Cas particuliers des mineurs incarcérés	33
C.	DISPOSITIFS DE SOINS POUR LA POPULATION CARCERALE	35
1.	Les unités sanitaires de Niveau 1	36
2.	Les unités sanitaires de Niveau 2: les Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR).....	36
3.	Les unités sanitaires de Niveau 3 : Hospitalisations à temps complet	38
D.	CREATION DES UHSA	40
II.	MATERIELS ET METHODES.....	43
A.	OBJECTIFS DE L'ETUDE	44
B.	TYPE D'ETUDE ET DUREE DE L'ETUDE.....	44
C.	POPULATION ET CRITERES D'INCLUSION	46
D.	LOCALISATION DE L'ETUDE : L'UHSA DE NANCY	46
E.	OUTILS STATISTIQUES UTILISES.....	49

III.	RESULTATS	51
A.	SUR L'ENSEMBLE DE LA POPULATION	52
1.	Caractéristiques sociodémographiques.....	52
2.	Caractéristiques judiciaires.....	54
3.	Santé mentale des patients avant leur hospitalisation à l'UHSA.....	55
4.	Motifs d'hospitalisation et diagnostics.....	56
5.	Prise en charge médicamenteuse des patients.....	60
6.	Modalités de sorties des patients de l'UHSA.....	62
B.	ETUDE SPECIFIQUE DES PATIENTS SOUFFRANT DE TROUBLES PSYCHOTIQUES	64
1.	Caractéristiques sociodémographiques.....	64
2.	Caractéristiques judiciaires	66
3.	Santé mentale des patients psychotiques avant leur hospitalisation à l'UHSA	67
4.	Hospitalisation à l'UHSA des patients psychotiques.....	68
5.	Prise en charge médicamenteuse des patients psychotiques	71
6.	Sorties des patients psychotiques de l'UHSA.....	73
7.	Analyse multivariée	74
C.	RELATIONS AVEC LES PARTENAIRES	75
1.	Centres partenaires et nombre d'admissions.....	75
2.	Prévalence des troubles psychiatriques en détention	78
3.	Ressenti sur la structure	79
4.	Nombre de D398.....	80
IV.	DISCUSSION.....	83
A.	DISCUSSION DES RESULTATS DE L'ETUDE	84
1.	Comparaison aux études précédentes	84
2.	Caractéristiques socio démographiques.....	88
3.	Caractéristiques judiciaires	94

B. INTERETS ET LIMITES DE L'UHSA DANS LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES	96
1. Prise en charge des troubles psychotiques (54) (55)	97
2. Prise en charge des troubles du comportement en détention	99
3. Prise en charge des comorbidités psychiatriques.....	101
4. Prise en charge des troubles addictifs à l'UHSA.....	101
5. Prise en charge des troubles anxieux, des troubles de l'humeur et du risque suicidaire à l'UHSA	105
6. Traitements médicamenteux à l'UHSA	106
C. CONTINUITE DES SOINS.....	110
D. PARTENARIAT AVEC L'ADMINISTRATION PENITENTIAIRE.....	114
V. CONCLUSION.....	116
BIBLIOGRAPHIE.....	119
ABBREVIATIONS.....	125
INDEX des tableaux et des figures.....	127
GLOSSAIRE.....	128
ANNEXES.....	129

I. INTRODUCTION

La présence en milieu carcéral de détenus souffrant de troubles mentaux n'est pas sans poser des questions à la fois de santé publique mais également éthiques. Ces questions ne concernent pas uniquement les soignants, l'ensemble des acteurs intervenant auprès des personnes placées sous-main de justice doivent également s'en saisir.

Néanmoins, il s'avère nécessaire d'assurer une prise en charge adéquate durant le temps d'incarcération et qu'elle soit la plus proche possible de l'offre de soins en milieu ouvert. Or, les quelques études disponibles sur le sujet montraient des différences significatives dans le dispositif de soins. C'est dans ce contexte qu'ont été créées les Unités d'Hospitalisation Spécialement Aménagées (UHSA) sur lesquels repose notre travail et plus spécifiquement l'UHSA du centre psychothérapeutique de Nancy.

Dans une première partie, nous décrivons le contexte de l'ouverture de ces unités en faisant une description de la population carcérale dans ses caractéristiques sanitaires et pénales et une description du dispositif de soins existant.

Ensuite, notre travail repose sur l'étude des patients accueillis à l'UHSA sur une période de 12 mois. Nous nous sommes attardés sur leurs caractéristiques sociodémographiques, le diagnostic psychiatrique et le déroulement de leur séjour hospitalier. Nous nous sommes ensuite spécifiquement intéressés aux patients souffrant de trouble psychotique pour tenter de dégager certaines caractéristiques pouvant orienter leur prise en charge. Nous avons également étudié le ressenti de nos partenaires soignants en milieu pénitentiaire et les conséquences de l'ouverture de l'UHSA sur leurs pratiques au quotidien.

L'analyse des résultats permet de dégager des pistes de réflexion sur l'intérêt que peut apporter une structure telle que l'UHSA dans le dispositif de soins aux détenus mais aussi ses limites car si des soins possibles durant la période d'incarcération, ils ne doivent nous faire faire l'économie de la réflexion sur le sens de la peine pour ces personnes malades, sur l'intérêt de développer la pratique expertale ainsi que de promouvoir la continuité des soins en milieu ouvert, l'incarcération n'étant qu'un temps dans la vie d'un sujet.

A. LA POPULATION CARCERALE

1. Les établissements pénitentiaires

L'administration pénitentiaire compte **190** établissements et 103 Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation (SPIP) (1) répartis en :

- **98 Maisons d'Arrêt** (MA) et 41 Quartiers Maison d'Arrêt (QMA) situés dans des centres pénitentiaires. Les MA (2) sont des lieux de détention provisoire qui accueillent les détenus en attente de jugement et les détenus condamnés dont la peine d'emprisonnement est inférieure ou égale à deux ans.
- **85 établissements pour peines** dont :

- **25 Centres de Détention** (CD) et 37 Quartiers Centres de Détention (QCD) rattachés à un centre pénitentiaire (CP).

Les centres de détention sont plutôt orientés vers la réinsertion sociale et la préparation à la sortie. Ils s'adressent donc aux détenus condamnés et aux détenus primo incarcérés pour lesquels des démarches de réinsertion sont envisageables, ainsi que les détenus récidivistes. Leur régime de détention est principalement orienté vers la resocialisation des détenus.

- **6 Maisons Centrales** (MC) et 5 Quartiers Maison Centrale (QMC) rattachés à un centre pénitentiaire.

Dans les maisons centrales, l'organisation et le régime de détention sont centrés autour de la sécurité. Les détenus affectés sont les personnes condamnées à de longue peine, les multirécidivistes, les personnes détenues réputées dangereuses et celles dont le pronostic de réadaptation sociale est peu favorable.

- **43 Centres Pénitentiaires (CP)**. Il s'agit d'établissements mixtes qui comprennent au moins 2 quartiers de régime de détention différents (MA, CD et/ou MC).

- **Un Centre National d'Evaluation (CNE)** sur 3 sites : Fresnes, Sud Francilien, et Lille.

L'article 717-1 A du code de procédure pénale de la Loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental (3), impose que dans l'année qui suit sa condamnation définitive toute personne condamnée à une peine de réclusion criminelle d'une durée égale ou supérieure à 15 ans, ou condamnées pour les crimes suivants : assassinat, meurtre, torture ou actes de barbarie, viol, enlèvement, séquestration, doit être évaluée par le CNE.

Pour une durée d'au moins six semaines le détenu est présenté à une équipe pluridisciplinaire afin que soient mises en place les modalités de prise en charge sanitaire et sociale lors de l'exécution de sa peine. Et à l'issue de cette période il est orienté vers l'établissement le mieux adapté à son profil.

- **11 Centres de Semi-Liberté (CSL)**, 10 Quartiers Centres de Semi-Liberté (QSL), et 7 Quartiers pour Peines Aménagées (QPA), quartiers rattachés à un centre pénitentiaire.

Ces centres accueillent les personnes condamnées faisant l'objet d'une mesure de semi-liberté ou d'une mesure de placement extérieur qui sont des mesures d'aménagement de peine ou d'alternatives à l'incarcération.

- **6 Etablissements Pénitentiaires pour Mineurs (EPM)**.

La Loi du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice (4) a prévu la création de 7 EPM en vue d'améliorer les conditions d'incarcérations des mineurs. Le bilan de fonctionnement de ces établissements reste néanmoins mitigé. Ces établissements accueillent des mineurs, prévenus ou condamnés, garçons ou filles.

L'inconvénient majeur de cette mesure est qu'en raison du peu d'EPM en France l'éloignement familial est fréquent. (5) Il existe donc toujours des quartiers mineurs dans des Maisons d'arrêt en France. Un des principes concernant la détention des mineurs est qu'ils ne doivent pas rentrer en contact avec les majeurs, d'où leur incarcération dans des quartiers spécifiques au sein d'un établissement pénitentiaire.

- **1 Etablissement Public de Santé National de Fresnes (EPSNF)**, dont le rôle à ce jour n'est pas encore clairement défini. Il a été identifié comme étant l'un des pôles de l'Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale (UHSI) de Paris. Créé en 1898 en même temps que la Maison d'arrêt de Fresnes, il est devenu établissement public en 1985 puis établissement public de santé national en 1995. En parallèle, les soins en milieu pénitentiaire se sont réorganisés, ce que nous verrons dans une prochaine partie, entraînant une désuétude et une incertitude sur le fonctionnement de cet établissement.

L'établissement comprend aujourd'hui 270 lits d'hospitalisation de court séjour et 23 lits de moyen séjour.

Suite au rapport de la Cours de Comptes de 2006 (6), un des axes fort du projet médical de l'EPSNF a été la réorientation de l'activité vers les soins de suite et la rééducation, avec une compétence particulière en médecine physique et de réadaptation, ceci afin de faire face à l'augmentation de la population pénale, à l'allongement des peines et à l'augmentation de l'âge moyen des personnes placées sous-main de justice.

2. La population carcérale

a) *Caractéristiques générales*

Au premier Janvier 2013 (1), nous comptons **251 998** personnes prises en charge par l'administration pénitentiaire avec 175 200 en milieu ouvert et 76 798 sous écrou.

175 200 personnes sont suivies en milieu ouvert, ce qui correspond à des peines ou des aménagements de peines tels que le sursis avec mise à l'épreuve, le travail d'intérêt général, et la libération conditionnelle.

76 798 sont sous écrou. L'écrou est l'acte juridique qui marque le fait qu'une personne est placée dans un établissement pénitentiaire, sous la responsabilité de son directeur, (à compter de telle date, sur la base de tel titre d'écrou pour tel motif (infractions poursuivies ou sanctionnées)). (7)

La mise sous écrou ne signifie pas la mise en détention. Il existe des alternatives à l'incarcération ou des aménagements de peine où la personne est toujours affectée à un établissement pénitentiaire comme le placement extérieur, la semi-liberté, le placement sous surveillance électronique (bracelet électronique). C'est pourquoi, nous comptons **10 226** personnes écrouées non hébergées soit une augmentation de 13.7 % en 1 an et **66 572** personnes écrouées détenues soit une augmentation de 2.8 % en 1 an. Les alternatives à l'incarcération et les mesures d'aménagement de peine ont été en effet largement favorisées ces dernières années mais nous verrons dans notre travail qu'elles ne sont pas accessibles à tous.

Nous allons décrire plus précisément le profil des personnes sous écrou incarcérée.

66572 personnes sont écrouées et détenues avec 2215 femmes et 724 mineurs correspondant respectivement à 3.3 % et 1.1% de la population carcérale.

- La durée moyenne sous écrou est de 9.9 mois.
- L'âge moyen des personnes détenues est de 34 ans.

Parmi les détenus écroués qu'ils soient hébergés ou non, il y a 60344 condamnés dont :

- 86.9 % pour des peines correctionnelles jugés par le Tribunal correctionnel. Il s'agit de condamnations pour des délits, la peine maximum encourue est de 10 ans d'emprisonnement.
- 13.1% pour des peines criminelles jugés par la Cours d'Assises. Il s'agit de condamnations pour des crimes, la peine encourue allant de 10 ans à la réclusion à perpétuité.

Les motifs de condamnation sont les suivants :

- 27.7% pour violence volontaire.
- 14.1% pour infraction à la législation sur les stupéfiants.
- 12.8% pour viol agression et atteinte sexuelle.
- 11.3% pour vol aggravé vol criminel vol qualifié.
- 7.8% pour escroquerie abus de confiance recel faux et usage de faux.
- 7.7% pour vol simple.
- 5.7% pour homicide volontaire.
- 5.6% pour homicide et atteinte involontaire.
- 0.9% pour infraction à la législation des étrangers.
- 6.3% pour autres motifs.

b) *Les femmes incarcérées*

Les femmes en prison ont en théorie les mêmes droits que les hommes mais ont rarement un accès égal à ces droits. Il est très important de souligner cette inégalité de prise en charge.

Dans le monde, il y a un demi-million de femmes incarcérées (8), cela représente 2 à 9% de la population carcérale d'un pays.

Au travers des données de l'INSEE sur la période de 2004 à 2009, une analyse comparative a permis de mettre en évidence plusieurs spécificités dans la délinquance féminine (9) :

- Une sous-représentation dans la population carcérale. En France, elles constituent **3.3%** de la population carcérale. (1)
- 5.8% des crimes ont été commis par des femmes. Il s'agit principalement d'atteintes aux personnes, contrairement aux hommes où nous retrouvons aussi des crimes d'ordre sexuel et des atteintes aux biens.
- Les condamnations des femmes sont motivées majoritairement par des actes délictuels représentant 9.6% des délits. Les délits chez les femmes incarcérées sont le plus souvent liés à la délinquance sans violence, à l'abus matériel ou au trafic de stupéfiants. La tendance évolutive est toutefois à la hausse concernant les atteintes à l'intégrité physique.
- Les peines sont souvent courtes entraînant un taux de renouvellement de la population carcérale féminine élevée.
- La sensibilité des femmes à la condamnation pénale est plus importante que chez les hommes, comme en témoigne un taux de récidive faible évalué à 5% des délits en récidive et 1% des crimes en récidive.

Les femmes ont moins de comportements agressifs et dangereux. Le taux de mortalité par mort violente chez les hommes est de 2,3 fois supérieur à celui que l'on retrouve chez les femmes.

Il est important également de souligner que les conséquences sociales de l'incarcération des femmes sont plus importantes que celles des hommes avec souvent la désintégration des familles, les enfants placés, et la perte de l'esprit de communauté. (8)

c) *Les mineurs incarcérés*

Les mineurs incarcérés correspondent à **1.1%** de la population carcérale française. (1)

Il existe trois types de sanction judiciaire pour les mineurs :

- Les **mesures éducatives** qui ont pour but de protéger, d'assister, de surveiller et d'éduquer le mineur.

L'admonestation, la remise aux parents, l'avertissement solennel, la liberté surveillée, le placement, la mise sous protection judiciaire, la mesure d'aide ou de réparation, la mesure d'activité de jour, la dispense de mesure, et l'ajournement de la mesure éducative.

- **Les sanctions éducatives :**

La confiscation, l'interdiction de paraître, l'interdiction de rencontrer la victime, l'interdiction de rencontrer les co-auteurs ou complices, la mesure d'aide ou de réparation, le stage de formation civique, le placement, l'exécution de travaux scolaires, et l'avertissement solennel.

- **Les peines :**

La dispense de peine, l'ajournement de la peine simple avec ou sans mise à l'épreuve, la réparation-sanction, l'amende dans la limite de la moitié du montant maximum encouru par les majeurs sans excéder 7.500 euros, le travail d'intérêt général pour les mineurs de 16 à 18 ans, le suivi socio-judiciaire, le stage de citoyenneté, l'emprisonnement avec sursis simple ou avec sursis et obligation d'accomplir un travail d'intérêt général ou avec sursis et mise à l'épreuve et enfin la peine de prison.

Celles-ci sont à moduler en fonction de l'âge du mineur.

Seuls les mineurs de plus de 13 ans peuvent être incarcérés. Les mineurs de moins de 16 ans bénéficient de l'excuse de minorité qui les sanctionne à une peine équivalente de moitié à celle prévue pour un adulte.

Depuis la Loi du 10 Août 2007 relative à la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs (10), il y a désormais possibilité de refuser l'excuse de minorité.

Le régime spécifique de détention des mineurs est régi par la circulaire du 24 mai 2013.
(11)

Ainsi, les mineurs n'ont pas le droit de fumer, ni de « cantiner » du tabac en détention, ce qui peut engendrer parfois des comportements transgressifs.

Il faut à ce niveau relever que les jeunes filles mineures sont incarcérées dans les mêmes quartiers que les femmes adultes, étant donné leur petit nombre, ce qui rend très complexe leur isolement de la population majeure.

La population carcérale est une population particulièrement affectée par de nombreuses fragilités sur le plan physique et sur le plan psychique. Nous allons à présent développer la santé mentale de la population carcérale.

B. LA SANTE MENTALE DE LA POPULATION CARCERALE

1. Etudes épidémiologiques en milieu carcéral

Au préalable, ce qui est remarquable, c'est que les études sur la santé mentale des détenus sont rares. Une des plus importantes est l'étude épidémiologique de 2003 réalisée sur 23 établissements pénitentiaires français par B. Fallissard et F. Rouillon.
(12)

Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive de la population carcérale. L'évaluation diagnostique a été effectuée par un binôme d'enquêteurs sur la base d'un guide d'entretien prédéfini incluant différents types de données et d'outils standardisés.

Cette étude a mis en évidence que 8 hommes sur 10 et plus de 7 femmes sur 10 incarcérées présentent au moins un trouble psychiatrique, et la grande majorité cumule plusieurs troubles.

En termes de prévalence des troubles psychiatriques, les résultats sont les suivants :

- 56 % ont un trouble anxieux
- 47 % ont un trouble thymique
- 4.7 % ont un trouble bipolaire
- 37.9 % ont une dépendance aux substances illicites
- 31.2 % ont une dépendance à l'alcool
- 21.4 % ont un trouble psychotique avec 7% de schizophrènes
- 40.8 % ont un syndrome dépressif
- 28 % ont un trouble de la personnalité de type dyssocial chez les hommes
- 14 % ont un trouble de la personnalité de type dyssocial chez les femmes

Ils existent quelques publications internationales (13) (14) où l'on retrouve les prévalences suivantes des troubles psychiatriques avec

- 4% de troubles psychotiques.
- 10 % de syndrome dépressif majeur.

La conclusion de ces études est qu'il existe une surreprésentation des pathologies mentales en détention.

Le *tableau 1* regroupe les résultats principaux de ces études.

Tableau 1 : Principales études de prévalence des troubles psychiatriques en détention

Effectifs	Fazel 2002 (10)		Falissard 2003 (9)		Fazel 2012 (11)	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
	N = 22790		N = 900		N = 33588	
Troubles psychotiques	3,7%	4,0%	23,9%	26,3%	3,6%	3,9%
Troubles de l'humeur bipolaire			5,5%	4,0%		
Troubles de l'humeur réactionnelle	EDM 10,0%	EDM 12,0%	39,2%	39,4%	EDM 10,2%	EDM 14,1%
Troubles anxieux			56,0%	54,0%		
Addiction			34,6%	26,3%		
Troubles de la personnalité	65,0%	42,0%	32,2%	35,5%		

L'étude de Blaauw en 2000 regroupant 13 pays de l'union européenne signifie que 6 à 12% de la population carcérale ont besoin d'une hospitalisation à moment ou à un autre de leur parcours judiciaire, même s'il s'avère nécessaire qu'elle soit enrichie de données plus récentes. (15)

Même si les études réalisées en milieu carcéral sont rigoureuses, il est important de noter que le repérage symptomatique est délicat dans ce milieu. En effet, le stress lié à la privation de liberté et le caractère déréalisant de la vie en milieu pénitentiaire doivent amener le soignant exerçant dans ce milieu à adapter ses repères séméiologiques. (12) (16) (17) (18)

Ainsi, les études épidémiologiques sont difficiles à réaliser, notamment par la problématique du milieu carcéral qui peut être à l'origine d'une souffrance psychique.

Une symptomatologie anxieuse, dépressive voire de décompensation psychotique peuvent apparaître en réaction à l'incarcération et à ses conséquences. Les conditions de détention et la prise de toxiques sont des facteurs de décompensation.

Dans un contexte d'emprisonnement, l'état de souffrance psychique que peut présenter les détenus ne relève pas forcément d'un état pathologique. La séméiologie reste la même, c'est l'environnement qui favorise les troubles. C'est pourquoi, nous devons garder des critères diagnostiques précis.

2. Santé mentale des femmes incarcérées

Les maladies mentales sont surreprésentées chez les femmes puisque **80%** d'entre elles ont un trouble mental identifiable avec deux tiers des troubles liés à l'usage de toxiques et un tiers des troubles liés à un traumatisme. (12) (19) On peut également souligner que la plupart des femmes incarcérées ont des antécédents de maltraitances physique et sexuelle. (20)

Ces comportements vis-à-vis des toxiques ne sont pas spécifiques aux détenues françaises puisque, d'après l'étude de V. Le Goff sur l'état de santé de 82 femmes dans la prison du canton de Vaud (21), plus de la moitié des détenues souffraient de troubles mentaux liés à l'utilisation de substance.

D'ailleurs, une détenue sur trois admet avoir commis une infraction afin d'obtenir l'argent nécessaire pour couvrir ses besoins en drogues. Nous retrouvons en définitive un pourcentage élevé de détenues toxicomaniaques avec un taux de consommation de drogues plus élevé chez les femmes que chez les hommes (8)

D'après une étude sur la santé des détenues en 2003 (22), 63% fument quotidiennement, ce qui est 7 fois plus élevé que la population générale féminine, 17% consomment de l'alcool de façon excessive, et 19% utilisent des drogues illicites.

Selon une étude réalisée sur différents SMPR (23), nous pouvons noter que le pourcentage de femmes suivies en psychiatrie est plus important que celui les hommes. 10% des femmes étaient suivies pour une population de femmes incarcérée de 3.3%.

En effet, les femmes incarcérées en Europe ont tendance à requérir plus de services de santé que les hommes. Cette tendance s'applique aussi dans le milieu libre, d'après une étude de 2013 sur la santé des femmes en France. (24)

D'une part, les femmes ont des habitudes plus favorables au maintien de leur santé. Leur consommation d'alcool néfaste pour la santé, et de tabac reste très inférieure à celui des hommes, même si la tendance actuelle semble évoluer vers une homogénéisation des comportements de santé. Les femmes semblent avoir une plus grande réceptivité aux messages de prévention.

Cependant, les systèmes carcéraux ont surtout été conçus pour les hommes, et ne sont pas adaptés pas aux besoins sanitaires spécifiques des femmes.

Nous pouvons souligner que ces études portent essentiellement sur les comportements addictifs des femmes détenues. Nous ne trouvons que peu d'études sur les épisodes psychotiques ou dépressifs. Pourtant les femmes détenues, comme nous avons pu le voir dans les publications internationales de S. Fazel (13) (14), souffrent de troubles psychotiques et ceci en proportion plus importante que chez les hommes.

Ces derniers mois, nous avons d'ailleurs accueilli à l'UHSA de Nancy des femmes souffrant de troubles psychotiques graves et écrouées pour des faits majeurs tels que l'infanticide ou l'homicide.

3. Cas particuliers des mineurs incarcérés

La majorité des détenus sont âgés d'environ 17 ans et là encore, c'est essentiellement leur comportement vis-à-vis des toxiques qui est étudié. Il s'avère très alarmant quand nous le comparons à celui de la même tranche d'âge de la population générale

Selon l'étude de la Drees de 2003 concernant la santé des détenus (22), 70% des détenus mineurs fument et 5% d'entre eux fument plus de 20 cigarettes par jour, ce qui est 3 fois plus important qu'en population générale.

Une des réalités du milieu pénitentiaire est que la consommation de substances illicites existe et qu'elle touche notamment les mineurs. En détention, il est constaté que 4 mineurs sur 10 consommeraient du cannabis de façon régulière. Il s'agit de données déclaratives et en pratique, il semble que la consommation de cannabis soit encore plus importante que les chiffres annoncés.

4% auraient déjà consommé de l'ecstasy et 1% auraient déjà testé la drogue en intra veineuse.

1 mineur sur 5 déclarerait consommer de l'alcool de façon excessive.

1 mineur sur 13 a un traitement par psychotrope.

Pourtant, seulement 12.14% sont orientés vers une consultation psychiatrique ou ont un suivi car des consultations leur sont systématiquement proposées comme toute personne arrivant en détention mais là encore, les soins se font avec consentement et c'est une population qu'il faut solliciter car il leur est difficile de faire le démarche d'autant plus lorsqu'il s'agit de troubles des conduites et de comportements addictifs.

Il nous faut également insister sur trois points caractérisant la prise en charge d'un mineur : l'absence de structuration définitive de la personnalité à cette période de la vie, l'importance de la déstructuration, et la gravité croissante des faits commis avec notamment la grande fréquence de délits sexuels commis par ces mineurs. (25)

La conclusion de ces études est que malgré la rareté des études épidémiologiques, les détenus souffrant de pathologies mentales sont nombreux dans la population carcérale. Certains en souffrent avant leur incarcération et nécessitent une continuité des soins. Pour d'autres, le milieu carcéral constitue un facteur favorisant de leur apparition et là encore, des soins sont nécessaires.

La santé mentale des détenus ainsi définie, nous allons pouvoir aborder l'organisation des soins en milieu pénitentiaire et en nous attardant plus particulièrement sur les soins psychiatriques.

Compte tenu de l'importance des pathologies mentales en détention, il est nécessaire de proposer une offre de soins adéquate. Il se pourrait même que la détention soit un moment particulier voire privilégié pour délivrer des soins.

Cependant, l'incarcération n'est qu'un temps dans la vie d'un sujet. La préparation à un retour à la vie en milieu ouvert est indispensable sans que se

construise une filière de soins pour les détenus. C'est pourquoi, l'offre de soins en milieu pénitentiaire doit être suffisante et conséquente.

C. DISPOSITIFS DE SOINS POUR LA POPULATION CARCERALE

Depuis la loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et la protection sociale (26), la prise en charge sanitaire de toute personne détenue en milieu carcéral est assurée par une équipe hospitalière placée sous l'autorité médicale. Ce texte intègre la population pénale dans le système de santé général avec un accès aux soins identique à celui du milieu libre. Tous les détenus bénéficient ainsi d'une couverture sociale.

Plusieurs rapports, notamment le rapport de G. Chodorge et G. Nicolas (27) en 1993, sont à l'origine de cette nouvelle organisation. Celui-ci pointait un dispositif de soins inadapté avec un défaut de moyen et des difficultés d'articulation du fait des contraintes pénitentiaires.

D'après le guide méthodologique de la prise en charge sanitaire des personnes placées sous-main de justice réactualisé en 2012, la prise en charge médicale actuelle des détenus en France est organisée en trois niveaux. (2) Cette organisation s'applique à la fois aux soins somatiques et aux soins psychiatriques.

En ce qui concerne notre travail nous ne serons amenés qu'à décrire la prise en charge médicale dédiée aux soins psychiatriques.

1. Les unités sanitaires de Niveau 1

Il s'agit des **dispositifs de soins psychiatriques** (DSP) qui regroupent les consultations et les actes externes psychiatriques. Ils sont sous la responsabilité de l'établissement de santé psychiatrique du secteur de l'établissement pénitentiaire.

Ce dispositif existe dans chaque établissement pénitentiaire au sein d'une unité sanitaire qui assure aussi les soins somatiques. Les locaux sont mis à disposition par l'administration pénitentiaire.

Ce dispositif doit remplir un certain nombre de missions.

- Il assure l'ensemble des activités de consultations, d'entretiens, les prises en charge de groupe et les activités thérapeutiques.
- Chaque détenu arrivant peut bénéficier d'un entretien psychiatrique qui permet un dépistage des pathologies psychiatriques, des conduites addictives et également un repérage du risque suicidaire. Cette prise en charge est accessible à toute personne incarcérée.
- Il assure également des missions concernant la prévention et l'éducation pour la santé, ainsi que la continuité des soins à la sortie du détenu. Il est en effet important de faciliter le retour vers les systèmes de santé de droit commun à la libération des patients et de les inciter à prendre en charge leur problème de santé.

2. Les unités sanitaires de Niveau 2: les Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR)

Le niveau 2 concerne la prise en charge en hébergement à temps partiel, ce qui permet au patient de bénéficier de soins individualisés prodigués dans la journée. Ces dispositifs sont à rapprocher du fonctionnement d'un hôpital de jour en milieu ouvert, où les soignants ne sont présents qu'en journée.

Leur texte fondateur est le décret du 14 mars 1986 (28) qui prévoit la création des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire (SPMP) par des établissements hospitaliers dans le cadre de la sectorisation psychiatrique. Les soins sont donc dispensés au sein d'un SMPR qui dépend d'un établissement public hospitalier. Cela marque l'indépendance vis-à-vis de l'administration pénitentiaire.

Il s'agit donc de services régionaux, et il en existe 26 en France.

Les SMPR ont pour missions :

- Le dépistage systématique des troubles psychiques par un entretien d'accueil proposé à tous les entrants en détention.
- Les soins médico-psychologiques courants par le biais d'entretiens individuels, d'ateliers thérapeutiques, de prise en charge psychiatrique, et la préparation à un suivi psychologique et/ou psychiatrique à l'extérieur.
- Une mission de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
- Une coopération avec l'ensemble des acteurs de psychiatrie générale ou infanto juvénile intervenant en milieu pénitentiaire.
- La mise en place de formations au niveau régional, la formation initiale des étudiants infirmiers et des internes, ainsi que la formation continue.
- Le SMPR dispose de cellules d'hébergement au sein de l'établissement pénitentiaire, dans un quartier spécifique. Il peut accueillir des détenus de l'établissement qui le nécessitent, ainsi que des détenus des prisons du secteur pénitentiaire qui ne disposent pas de SMPR.
- Le suivi post pénal des patients sortants de détention.

Les admissions sont prononcées par le directeur de l'établissement de santé sur proposition médicale. Dans la situation où une admission provient d'un autre établissement pénitentiaire, le médecin responsable doit transmettre une demande de transfert au directeur de l'établissement pénitentiaire, afin de l'organiser dans les plus brefs délais. Les admissions sont la plupart du temps programmées sur la semaine ce qui permet à l'administration pénitentiaire de s'organiser en amont.

Les locaux sont là encore mis à disposition par l'administration pénitentiaire avec des cellules d'hébergement situées à proximité immédiate afin d'éviter de nombreux déplacements dans la journée.

Les cellules d'hébergement sont sous la surveillance d'agents pénitentiaires formés aux problématiques de santé mentale et qui se doivent de respecter le caractère médical de ce lieu de soins.

Il existe 2 SMPR en France qui proposent une prise en charge à temps complet. Les SMPR, sauf dérogation exceptionnelle, n'accueillent que les détenus hommes et majeurs.

Cependant, on constate qu'aucune place à temps plein et à temps partiel n'est réservée aux femmes, ni aux mineurs.

Il est important de souligner que pour les niveaux 1 et 2 de soins, les soins ne peuvent être que librement consentis, il n'existe pas de soins sous contrainte en milieu pénitentiaire, ce qui en pose les limites et peut amener à utiliser le dispositif de niveau 3.

3. Les unités sanitaires de Niveau 3 : Hospitalisations à temps complet

Le niveau 3 regroupe les soins requérant une hospitalisation à temps complet. Les soins psychiatriques peuvent être effectués dans 3 lieux différents en fonction des indications et du mode d'hospitalisation.

- Les **Unités Hospitalières Spécialement Aménagées** (UHSA), depuis leur construction en 2010, permettent d'accueillir des patients avec ou sans leur consentement, ce que nous développerons dans une prochaine partie.

- Les hospitalisations au sein d'un **établissement de psychiatrie générale** sont possibles selon **l'article D.398 du code de procédure pénale**.

Avant la loi de 9 septembre 2002 (Loi Perben) relative à l'orientation et à la programmation de la justice (4), il s'agissait de la seule modalité d'hospitalisation pour les patients détenus.

Le patient est confié par arrêté préfectoral à la responsabilité de l'établissement de santé habilité à accueillir des patients hospitalisés sous contrainte. Il n'existe pas de garde statique et l'hospitalisation a lieu dans des unités accueillant des patients de droit commun. Ces conditions n'étaient pas sans poser des problèmes de sécurité mais également des problèmes éthiques, notamment dans les indications de recours à la chambre de soins intensifs mais également dans des durées de séjour très courtes.

Cependant, plusieurs rapports (P. Pradier en 1999 (29) CDS en 2006 (30)) ont constaté l'ampleur des besoins et l'inadaptation de la psychiatrie. La prise en charge de personnes sous-main de justice dans les services de psychiatrie générale était une source de graves préoccupations. Les conditions d'hospitalisation n'étaient pas satisfaisantes avec des durées moyennes de séjour courtes. Ces séjours se déroulaient en chambre de soins intensifs essentiellement pour des indications sécuritaires et non pas pour raisons médicales.

Sur ces constats, il a été recommandé de revoir intégralement le dispositif de soins psychiatriques dispensés aux détenus, d'où le programme de construction d'UHSA.

- Lorsque les soins ne peuvent être assurés dans une unité classique, le patient peut être aussi admis dans une **unité pour malade difficile** (UMD) ou une **unité de soins intensifs psychiatriques** (USIP). Les indications d'hospitalisation en UMD ou USIP se font pour les patients qui présentent une dangerosité particulière liée à leur trouble psychiatrique, entraînant des difficultés dans la prise en charge dans les services de soins habituels. Les UMD ou USIP ne sont pas soumises à la sectorisation et ont une vocation nationale. Elles accueillent des patients en soins sans consentement exclusivement.

D. CREATION DES UHSA

Devant une prise en charge perfectible et une fréquence importante des troubles psychiatriques en milieu pénitentiaire, la loi du 9 septembre 2002 (Loi Perben) relative à l'orientation et à la programmation de la justice (4) a prévu la création des UHSA.

D'autres considérations notamment financières sont entrées en ligne de compte dans la création de ces unités. Les dispositifs de garde et de sécurité nécessaires lors des examens ambulatoires ou lors des hospitalisations étaient coûteux et pouvaient perturber l'organisation des services hospitaliers.

C'est aussi pour limiter ces difficultés qu'un service comme l'UHSA a été pensé. Après de nombreux débats, il a été décidé que ces unités seraient implantées dans des établissements de santé et non dans des établissements pénitentiaires.

L'unité est construite de telle sorte que l'espace dédié aux soins est central entouré d'une zone périphérique sous la surveillance d'agents pénitentiaires, d'où le terme de «spécialement aménagée». Un des principes du fonctionnement, qui diffère d'ailleurs des UHSI (Unité Hospitalière Sécurisée Inter-régionale), est que l'administration pénitentiaire ne pénètre dans l'unité de soins qu'à la demande des équipes soignantes pour des missions de contrôle ou pour des interventions, s'il existe une mise en péril de la sécurité des équipes soignantes, des patients ou de la structure.

Le mode d'hospitalisation se fait uniquement en Soins Libres (SL) ou en Soins à la Demande du Représentant de l'Etat (SDRE). L'accueil en Soins Libres constitue une nouvelle modalité de prise en charge des patients détenus en hospitalisation à temps plein.

La circulaire interministérielle du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des UHSA (31) met en avant les missions suivantes.

- Les UHSA accueillent exclusivement des personnes détenues des deux sexes, mineures ou majeures par dérogation au principe pénitentiaire de séparation des hommes et des femmes et des majeurs et des mineurs, souffrant de troubles psychiatriques et nécessitant une hospitalisation à temps complet.
- Les personnes concernées par cette hospitalisation sont les personnes hébergées par l'établissement pénitentiaire de façon continue ou discontinue, ce qui inclut les personnes incarcérées, les personnes en semi-liberté, les bénéficiaires de permissions de sortie et de placements extérieurs avec surveillance de l'administration pénitentiaire, en fait toute personne sous écrou.
- Les UHSA accueillent des personnes détenues mineures en dérogeant au principe pénitentiaire de séparation des détenus majeurs et mineurs. L'hospitalisation d'un mineur au sein d'une UHSA nécessite l'adaptation du projet médical afin qu'il bénéficie d'un enseignement ou d'une formation professionnelle.

Le fonctionnement des UHSA repose sur **deux principes fondamentaux** :

– la **primauté du soin**, même si la personne détenue demeure sous écrou pendant son hospitalisation. Le patient reste soumis à des règles particulières restreignant sa liberté d'aller et de venir et de communiquer. Le soin psychiatrique est au cœur de cette prise en charge avec la volonté que les détenus aient le même accès aux soins que la population générale, durant la période d'hospitalisation.

– une **double prise en charge**, à la fois sanitaire et pénitentiaire, afin d'assurer un accès aux soins dans un cadre sécurisé. Les communications avec l'extérieur (courriers,

visites, appels téléphoniques) sont gérées par l'administration pénitentiaire, permettant ainsi aux équipes soignantes de se consacrer uniquement au soin.

Une évaluation des dispositifs par les ministères de la santé et de la justice a été prévue dès la mise en service des premières unités, en prenant en compte les indicateurs d'activités, les indicateurs populationnels et les indicateurs relatifs au séjour des patients hospitalisés.

L'arrêté du 20 juillet 2010 du ressort territorial des UHSA a fixé la liste de la première tranche de construction des UHSA qui ont ouvert leurs portes en Mai 2010 pour l'unité de Lyon, en Janvier 2012 pour celle de Toulouse, en Mars 2012 à Nancy, les UHSA de Villejuif, Fleury-Lez-Aubray, Rennes et Lille en 2013, ainsi que les UHSA de Marseille et Cadillac en 2014.

La construction de la deuxième tranche des UHSA doit faire l'objet d'étude et comprendra 9 unités qui verront le jour probablement après 2015.

La création des UHSA permet donc une évolution majeure dans le soin psychiatrique délivré aux détenus. Cette évolution profite en particulier aux femmes détenues et aux mineurs. Chaque nouvelle structure entraîne une certaine curiosité dans son approche aux patients et les indications d'admission peuvent être floues pour les partenaires. C'est pourquoi, nous allons étudier le profil des patients hospitalisés au sein de l'UHSA, en particulier les patients diagnostiqués trouble psychotique.

II. MATERIELS ET METHODES

A. OBJECTIFS DE L'ETUDE

L'**objectif principal** de cette étude est de décrire la population accueillie à l'UHSA du CPN de Nancy à l'aide de données sociodémographiques, de caractéristiques cliniques et de critères judiciaires.

Les **objectifs secondaires** sont :

- D'une part : comparer les caractéristiques propres aux patients-détenus présentant des troubles psychotiques à celles des autres patients-détenus, avec le projet de pouvoir identifier en amont les patients à risque de développer un trouble psychotique en détention et surtout mieux les repérer afin de proposer une prise en charge la plus adaptée.
- D'autre part, évaluer la prévalence des patients psychotiques suivis en détention, et appréhender la modification des pratiques des différents partenaires depuis la création des UHSA avec notamment l'évaluation des D398 encore mises en place.

B. TYPE D'ETUDE ET DUREE DE L'ETUDE

Il s'agit d'une étude épidémiologique **d'observation descriptive rétrospective** d'une durée de 12 mois s'étendant d'Août 2012 à Juillet 2013 inclus.

Pour sa réalisation, nous avons envoyé, en décembre 2013, un courrier explicatif et un questionnaire (*cf. annexes 1 et 2*) ont été envoyés aux différents partenaires de l'UHSA de Nancy.

Les données sociodémographiques, diagnostiques et de prise en charge admis à l'UHSA ont été recueillies à partir du dossier médical informatisé « Cimaise » en se basant sur le questionnaire (*cf. annexe 3*) élaboré par le Docteur HAEGEMAN. (32)

Dans le dossier « Cimaise », les données ont été recueillies à partir des observations médicales, infirmières, sociales ainsi qu'à partir des correspondances médicales. Les critères retenus sont les données sociodémographiques, les antécédents psychiatriques, le parcours judiciaire, les modalités d'admission à l'UHSA, l'histoire des troubles dans l'unité et leurs diagnostics, le traitement de sortie et enfin, les conditions de sortie.

Les diagnostics posés selon la Classification Internationale des Maladies (CIM 10) ont été regroupés en 6 catégories afin de simplifier la lecture des résultats :

- ✓ Trouble Psychotique : F20 – F29 Schizophrénie, troubles schizotipiques, troubles délirants
- ✓ Trouble Anxieux : F40 – F48 Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress, troubles somatoformes
- ✓ Trouble de l'Humeur Réactionnel : F 32 Episode dépressif
- ✓ Trouble de l'Humeur Bipolaire : F30 – F31 Episode maniaque et troubles affectifs bipolaires
- ✓ Addiction : F10 – F19 Troubles mentaux liés à l'utilisation de substances psychoactives
- ✓ Trouble de la Personnalité F60 – F69 Trouble de la personnalité

C. POPULATION ET CRITERES D'INCLUSION

Nous avons inclus dans cette étude mono centrique tous les patients arrivés à l'UHSA de Nancy sur la période précédemment définie.

Nous n'avons pas retenu le nombre d'admissions durant cette période mais le nombre de patients admis et nous avons comptabilisé le nombre d'admissions à l'UHSA par patient. L'analyse se porte sur la première hospitalisation des patients, en ce qui concernent les données sociodémographiques.

Les indications d'hospitalisation sont les suivantes : « L'ensemble des patients hospitalisés au moins une fois à l'UHSA durant la période donnée ».

D. LOCALISATION DE L'ETUDE : L'UHSA DE NANCY

L'UHSA de Nancy est une structure hospitalière créée au sein du Centre Psychothérapique de Nancy (CPN) à Laxou. Cette unité accueille des personnes incarcérées des deux sexes et de tout âge dont les mineurs.

Opérationnelle le 5 mars 2012, l'unité fonctionne en pleine capacité depuis le mois d'août 2012.

L'UHSA de Nancy est composée de deux unités de soins (rez-de-chaussée et étage), comportant chacune 20 lits d'hospitalisation. L'unité « étage » est privilégiée pour les patients les plus vulnérables, c'est-à-dire les femmes et les mineurs.

La zone pénitentiaire se situe au rez-de-chaussée où l'administration a pour mission le contrôle des entrées, des sorties, des transferts, des extractions, la surveillance

périmétrique, la gestion des parloirs, ainsi que le maintien de l'ordre à la demande du personnel soignant.

Les patients bénéficient d'un projet individualisé qui favorise la vie en commun dans l'unité et où sont proposés des soins diversifiés. Il s'agit de prise en charge sous la forme d'entretien individuel, ou sous la forme d'activités thérapeutiques individuelles ou groupales. Les activités thérapeutiques sont diversifiées. Il s'agit d'activités physiques adaptées et d'activités d'ergothérapie. Plusieurs soignants sont à l'initiative d'un atelier de psychoéducation, où il s'agit d'un temps d'information à la fois sur la maladie, une fois le diagnostic énoncé, et sur les traitements.

L'équipe de l'UHSA de Nancy est pluri-professionnelles comprenant psychiatres, médecins généralistes à mi-temps, un interne de DES de psychiatrie, un cadre supérieur de santé, deux cadres de santé, des infirmiers, des aides-soignants, une psychologue, une ergothérapeute, deux éducateurs sportifs, une assistante sociale et deux secrétaires médicales.

Pour une meilleure coordination entre les soignants, des staffs pluriquotidiens sont organisés par unité, ainsi qu'une réunion clinique hebdomadaire, permettant de travailler et de définir les objectifs de soins.

Selon l'arrêté du 20 juillet 2010 relatif à la répartition territoriale des unités spécialement aménagées destinées à l'accueil des personnes incarcérées souffrant de troubles mentaux (33), les établissements pénitentiaires rattachés à l'UHSA du CPN sont ceux de la région, de la direction interrégionale des services pénitentiaires de Strasbourg, à l'exception des établissements situés sur les départements du Jura et du Doubs, et des services pénitentiaires de Dijon. Le détail des établissements partenaires de l'UHSA fait l'objet du tableau ci-dessous. *(cf. Tableau 2)*

L'UHSA de Nancy a la possibilité d'accueillir des patients détenus en provenance d'autres établissements pénitentiaires dans les cas suivants :

- L'UHSA de rattachement n'a plus de place vacante
- Le patient pour des raisons de sécurité ne peut être accueilli dans l'UHSA rattachée à son établissement d'origine.

Tableau 2 : Partenaires de l'UHSA

Région	Site	Capacité	%
LORRAINE	Nancy	693	57%
	Maxéville	58	
	Toul	429	
	Ecrouves	271	
	Epinal	305	
	Saint-Mihiel	401	
	Montmedy	328	
	Bar le Duc	73	
	Briey	25	
	Metz	505	
	Sarreguemines	71	
	3159		
ALSACE	Strasbourg	444	25%
	Colmar	120	
	Mulhouse	283	
	Oermingen	263	
	Ensisheim	200	
	Souffelweyersheim	53	
	1363		
FRANCHE-COMTE	Belfort	39	3%
	Lure	73	
	Vésoul	50	
	162		
CHAMPAGNE	Charleville	29	15%
	Reims	156	
	Châlons	314	
	Chaumont	78	
	Clairvaux	239	
	816		
TOTAL		5500	100%

E. OUTILS STATISTIQUES UTILISES

Les données ont été analysées par le Docteur BAUMAN, maître de conférences universitaire du service épidémiologie de la Faculté de Médecine de Nancy.

L'analyse statistique s'est faite en trois temps.

- Nous avons d'abord réalisé une **analyse descriptive** des variables recueillies.

Les résultats de l'analyse descriptive sont représentés sous la forme de tableaux ou d'histogramme avec :

- N = effectif total
 - n = effectif absolu
 - % = pourcentage n/N
 - moy = moyenne
 - méd. = médiane d'une série statistique est le nombre qui partage la série statistique en deux groupes de même effectif.
 - ET = écart type est une mesure de dispersion autour de la moyenne pour calculer une tendance centrale.
 - Q1 = premier quartile d'une série statistique. Il s'agit de la plus petite valeur Q1 telle qu'au moins 25 % des valeurs sont inférieures ou égales à Q1.
 - Q3 = troisième quartile d'une série statistique. Il s'agit de la plus petite valeur Q3 telle qu'au moins 75 % des valeurs sont inférieures ou égales à Q3.
 - Min = Minimum
 - Max = Maximum
- Puis une **analyse comparative** selon le type de troubles (troubles psychotiques vs autres troubles), diagnostiqués au moment de l'hospitalisation à l'UHSA, a été effectuée.

Pour vérifier l'hypothèse nulle qu'il n'y a pas de différence entre les deux groupes, nous avons pris le risque alpha à 5%.

Les tests statistiques réalisés sont le test du Chi², et l'analyse de variance paramétrique ou non paramétrique en fonction des variables.

Les résultats statistiques sont considérés comme significatifs lorsque le risque de se tromper p par rapport au risque α est $< 0,05$.

- Un **modèle de régression logistique multivariée** a pu être utilisé du fait de la présence d'au moins 2 facteurs présentant un seuil de significativité $p < 5\%$ en analyse bi variée. La force d'association est estimée par un Odds Ratio et son Intervalle de Confiance à 95%. L'intérêt est de quantifier la force de l'association entre chaque variable indépendante et la variable dépendante, en tenant compte de l'effet des autres variables intégrées dans le système. (34)

Les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide du logiciel SAS v9.3.

III. RESULTATS

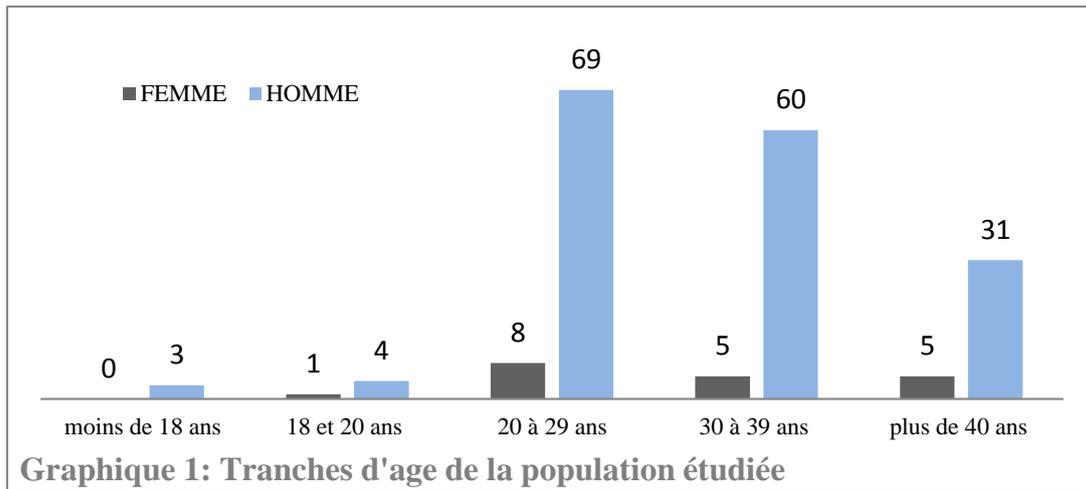
A. SUR L'ENSEMBLE DE LA POPULATION

1. Caractéristiques sociodémographiques

Tableau 3 : Caractéristiques sociales								
Age: moy: 32,6 / ET/9,8 / méd: 31 / Q1: 25 / Q3: 38 / min: 16 / max: 86								
	Homme			Femme			Echantillon total	
	N	n	%	N	n	%	N	%
	167		89,8	19		10,2	186	
Situation de famille actuelle	161			17		10,2	186	
Célibataire		127	76		7	36,8	134	75,3
En couple		34	20,4		10	52,6	44	24,7
Nombre d'enfants	161			18			179	
0		93	57,8		2	11,1	95	53,1
1		33	20,5		3	16,7	36	20,1
2		21	13		6	33,3	27	15,1
3 et +		14	8,7		7	38,9	21	11,8
Activité professionnelle avant l'incarcération		37	22,2		4	21,1	41	24
AAH	49			2			51	
Bénéficiaire		39	23,4		1	5,3	40	21,5
Initiée à l'UHSA		10	6		1	5,3	11	5,9
Mesure de Protection	16			3			19	
Bénéficiaire		14	8,4		2	10,5	16	8,7
Initiée à UHSA		2	1,2		1	5,3	3	1,6
Type de mesure	14			3			17	
Curatelle		5	35,7		2	66,7	7	41,2
Tutelle		9	64,3		1	33,3	10	58,8

L'échantillon compte **186 détenus** avec une majorité d'hommes (167 soit 89.9%) et 19 femmes (10.2%).

Nous recensons 3 mineurs hospitalisés durant cette période d'étude. (*cf. Tableau 3*)



La **moyenne d'âge** tout sexe confondu est de **32.6 ans** avec un écart type de 9.8, un âge minimum de 16 ans et un âge maximum de 86 ans. La médiane est fixée à 31 ans avec Q1 (1^{er} quartile) 25 ans et Q3 (3^{ième} quartile) 38 ans.

Les patients hospitalisés sont pour la majorité célibataire 75.3% avec une grande différence entre les hommes et les femmes puisque 52.6% des femmes se déclarent en couple au moment de leur hospitalisation, alors que seulement 20.4% des hommes le sont.

Un patient-détenu sur deux n'a pas d'enfant au moment de leur hospitalisation à l'UHSA avec une différence notable entre les deux groupes.

La plupart des femmes ont des enfants au moment de l'incarcération, ce qui contribue aux difficultés rencontrées par celles-ci durant leur détention, puisque 39.8% des femmes ont 3 enfants voire plus. Seules 2 femmes sur les 19 (11.1%) n'avaient pas d'enfants au moment de leur hospitalisation à l'UHSA, comparativement à 57.8% des hommes

Au moment de l'incarcération, 24% des patients déclarent avoir une activité professionnelle stable.

Un patient sur 5 est bénéficiaire de l'**Allocation Adulte Handicapée** (AAH) avant l'hospitalisation à l'UHSA. Durant le séjour, 11 demandes d'AAH ont été faites.

8.7% des patients ont déjà une **mesure de protection** (tutelle ou curatelle) et 3 demandes de mesure de protection ont été initiées à l'UHSA.

2. Caractéristiques judiciaires

	Homme (N=167)		Femme (N=19)		Total (N=186)	
	n	%	n	%	n	%
Antécédents d'incarcération	119	71,3	4	21,1	123	71,1
Statut juridique actuel						
Prévenu	39	23,4	5	26,3	44	23,7
Condamné	128	76,6	14	73,7	142	76,3
Procédure						
Criminelle	43	25,7	5	26,3	48	28,6
Correctionnelle	107	64,1	13	68,4	120	71,4
Établissement d'origine						
Maisons d'arrêt	84	50,3	11	57,9	95	51,1
Centre de détention	71	42,5	8	42,1	79	42,5
Maisons centrales	12	7,2	0	0	12	6,5

71.1% des patients ont des antécédents d'incarcération. Il existe à ce titre une différence notable entre la population masculine et la population féminine. En effet, quatre patientes sur cinq sont primo incarcérées. (*cf. Tableau 4*)

76.3% des patients sont déjà condamnés à leur arrivée à l'UHSA et pour la plupart **71.4%** pour des délits relevant du Tribunal correctionnel.

Lorsque nous analysons le moment de l'hospitalisation dans le parcours judiciaire du patient-détenu, c'est-à-dire le délai entre la date d'hospitalisation et la date d'incarcération ou le délai entre la date d'hospitalisation et la date de libération, la grande hétérogénéité des résultats ne nous permet pas de mettre en évidence un moment dans le parcours judiciaire plus enclin à une hospitalisation à l'UHSA.

Des patients-détenus peuvent être adressés très rapidement après avoir été écroués, souvent suite à une indication d'hospitalisation sur l'expertise psychiatrique réalisée en garde à vue.

Des patients peuvent aussi nous être orientés en fin de peine pour préparer la sortie, qui peut être source d'anxiété majeure pour certains détenus.

Enfin, chaque échéance judiciaire (début de l'incarcération, phase d'instruction, transfert, procès) peut être à l'origine de décompensation psychiatrique.

Peu de patients (6.5%) proviennent d'une Maison centrale. Un patient sur deux est adressé depuis une Maison d'arrêt.

3. Santé mentale des patients avant leur hospitalisation à l'UHSA

Tableau 5 : Antécédents psychiatriques des patients

	Homme (N = 167)		Femme (N = 19)		Total (N = 186)	
	n	%	n	%	n	%
Antécédents de suivi	122	73,1	14	73,7	136	73,1
Antécédents d'hospitalisation	111	66,5	7	36,8	118	63,4
Motifs de suivi psychiatrique						
Trouble psychotique	52	42,6	3	21,4	55	40,4
Trouble de l'humeur réactionnel	23	18,9	6	42,9	29	21,3
Trouble de l'humeur bipolaire	2	1,6	0	0	2%	1,5
Trouble anxieux	19	15,6	1	7,1	20	14,7
Trouble de la personnalité	17	13,9	1	7,1	18	13,2
Addiction	9	7,4	3	21,4	12	18,8

73.1 % des patients ont déjà des antécédents de suivi ambulatoire en psychiatrie. Il peut s'agir de suivi durant leur incarcération ou de suivi avant leur incarcération. (cf. Tableau 5) La consultation des dossiers médicaux ne permet pas de savoir s'il s'agit de suivi initié en détention ou à l'extérieur.

63.4% de ces patients ont déjà bénéficié d'une hospitalisation. Celle-ci a pu se faire en Soins Libres (SL) au SMPR lors de leur incarcération ou en psychiatrie générale avant leur détention ou sous contrainte en psychiatrie générale sur le régime général ou en Soins à la Demande du Représentant de l'Etat (SDRE). Là encore la consultation des dossiers médicaux ne permet pas de faire le distinguo.

Le motif principal des hospitalisations antérieures à celle de l'étude est pour 42.6% des hommes un trouble psychotique et pour 42.9% des femmes un trouble de l'humeur réactionnel. Nous retrouvons également le trouble anxieux comme cause fréquente (14.7%).

Nous pouvons aussi relever que les femmes sont hospitalisées en psychiatrie 3 fois plus que les hommes pour des problèmes d'addiction (21.4% vs 7.4%). Il peut y avoir également des suivis pour addiction dans le cadre d'une comorbidité avec un autre trouble psychiatrique.

4. Motifs d'hospitalisation et diagnostics

Tableau 6 : Nombre d'hospitalisations par patient durant la période d'étude

	Homme (N=167)		Femme (N=19)		Total(N=186)	
	n	%	n	%	n	%
Une hospitalisation	125	74,9	13	68,4	138	74,2
Deux hospitalisations	30	18	5	26,3	35	18,8
Trois hospitalisations	9	5,4	1	5,3	10	5,4
Quatre hospitalisations	2	1,2	0	0	2	1,1
Cinq hospitalisations	1	0,6	0	0	1	0,5

Plus de sept patients sur dix (74.9%) n'ont été hospitalisés qu'une seule fois durant la période d'étude. (cf. Tableau 6) Nous soulignons aussi le fait qu'un patient a nécessité d'être hospitalisé 5 fois durant un an. Il s'agit d'un patient présentant un trouble de la personnalité sévère marquée par des mises en danger répétées, nécessitant des hospitalisations pour évaluation de la crise suicidaire et mise à l'abri.

Plus de 30% des femmes sont hospitalisées deux voire trois fois durant l'année d'étude.

Tableau 7 : Hospitalisation à l'UHSA

Durée moyenne de séjour en jours moy: 49,6 / ET: 61,4 / méd: 32 / Q1: 13 / Q3: 62 / min: 1 / max: 476						
	Homme (N=167)		Femme (N=19)		Total (N=186)	
	n	%	n	%	n	%
Motif d'hospitalisation						
Décompensation psychotique	56	33,5	4	21,1	60	32,3
Geste auto agressif	37	22,2	3	15,8	40	21,5
Séjour de rupture	16	9,6	2	10,5	18	9,7
Sevrage	2	1,2	0	0	2	1,1
Évaluation psychiatrique	11	6,6	0	0	11	5,9
Geste hétéro agressif	10	6	0	0	10	5,4
Syndrome anxiodépressif	35	21	10	52,6	45	24,2
Mode de placement						
SL	109	65,3	16	84,2	125	67,2
SDRE	58	34,7	3	15,8	61	32,8
D398	18	10,8	0	0	18	9,7
SL vers SDRE	4	2,7	0	0	4	2,4
Recours chambre d'apaisement	19	11,4	1	5,3	20	10,8
Intervention pénitentiaire	31	18,6	0	0	31	16,7
Diagnostic principal						
Trouble psychotique	69	41,3	5	26,3	74	39,8
Trouble anxieux	27	16,2	7	36,8	34	18,3
Trouble de l'humeur réactionnel	16	9,6	5	26,3	21	11,3
Trouble de l'humeur bipolaire	3	1,8	1	5,3	4	2,2
Addiction	2	1,2	0	0	2	1,1
Trouble de la personnalité	50	29,9	1	5,3	51	27,4
Diagnostic associé						
	N=41		N=6		N=47	
Trouble de la personnalité	30	73,7	5	83,3	35	72,9
Addiction	8	21,1	1	16,7	9	20,8
Trouble anxieux	1	2,6	0	0	1	2,1
Trouble psychotique	2	2,6	0	0	2	4,2

Lorsque nous nous intéressons au **motif d'hospitalisation**, correspondant à l'évaluation en détention, nous mettons en évidence que :

- Le principal motif d'hospitalisation à l'UHSA est pour 32,3% des patients une **décompensation d'allure psychotique**. (cf. Tableau 7) 11 patients nous ont été adressés pour une évaluation psychiatrique.
- Une femme sur deux est adressée pour **syndrome anxio-dépressif**.
- 21,5% des patients nous sont adressés pour prise en charge des suites d'un **geste auto agressif**. (Scarifications, tentative de suicide)
- Seuls 10 patients masculins nous sont transmis suite à un **geste hétéro agressif** sur un codétenu ou sur le personnel pénitentiaire.
- 5.9% des patients nous ont été adressés en vue d'une évaluation psychiatrique, la prison n'étant pas forcément un lieu propice à l'observation.

La **durée moyenne de séjour** est de **49.6 jours** avec un écart type de 61.4, un minimum d'une journée, et un maximum de 476 jours puisqu'il y a un patient hospitalisé durant toute la période de l'étude.

La médiane est à 32 jours avec Q1 (1^{er} quartile) à 13 jours et Q3 (3^{ième} quartile) à 62 jours.

Le **mode d'hospitalisation** reste stable avec 67,2 % des patients, hospitalisés dans la structure en soins libres mais 4 d'entre eux ont été placés en SDRE au cours de leur hospitalisation.

Seuls 18 patients ont d'abord été placés sous le régime du D398 avant leur hospitalisation à l'UHSA par manque de place, ou pour situations d'urgence, nécessitant une hospitalisation dans l'hôpital de proximité. Ceux-ci sont transférés à l'UHSA en SDRE pour poursuivre l'hospitalisation et ils sont donc comptabilisés dans le nombre de SDRE à l'admission.

Nous mettons en évidence ces derniers temps une tendance à l'augmentation des hospitalisations en SDRE pour laquelle nous avons peu d'explication, hors mis peut être

une aggravation de l'état de santé. Néanmoins, cette augmentation est également liée au fait que le service est plein depuis maintenant un an et que, faute de place, les patients sont hospitalisés en D398 et nous sont adressés par la suite en SDRE.

Quatre patients adressées initialement en SL ont vu leur modalité d'admission se convertir en SDRE.

La durée moyenne des patients sous SDRE est de 45.8 jours avec un écart type de 54 jours. Les patients initialement hospitalisés en SDRE restent quelques jours en SL avant leur sortie définitive, ceci afin d'évaluer l'observance thérapeutique lorsqu'il n'y a plus la contrainte de l'hospitalisation.

Les **diagnostics principaux** retenus lors de l'hospitalisation à l'UHSA sont :

- Les **troubles psychotiques** (39.8 %) comprenant les troubles d'allure schizophrénique, les psychoses non schizophréniques et les psychoses induites par une substance toxique. Chez les hommes, la prise en charge d'un trouble psychotique est le motif principal d'hospitalisation (41.3%).
- Le **trouble de la personnalité** (27.4%). Ce trouble est la deuxième pathologie nécessitant une hospitalisation. Les troubles de la personnalité les plus rencontrés en détention sont les personnalités antisociales et les personnalités borderline marquées d'une certaine impulsivité. Nous avons toutefois un patient dont le diagnostic de personnalité dépendante a été posé.
- Le **trouble anxieux** constitue le principal motif de prise en charge des femmes (36.8%) à l'UHSA d'entre elles hospitalisées pour la prise en charge d'un trouble anxieux.

Sur les 3 mineurs hospitalisés à l'UHSA, deux ont été diagnostiqués trouble des conduites (inclus dans les troubles de la personnalité) et un de trouble anxieux.

Peu de diagnostics associés ont été répertoriés. Sur ce petit échantillon (47 patients), 3 patients sur 4 souffraient d'un trouble de la personnalité sous-jacent et un patient sur 5 de troubles addictifs.

Nous avons eu recours à la **chambre d'apaisement** pour un patient sur 10, souvent de courte durée (quelques heures). Il a duré au maximum 6 jours, pour des situations où nous étions dans l'attente d'un transfert vers l'USIP.

L'état de 31 patients a nécessité l'intervention du personnel pénitentiaire parfois même à plusieurs reprises. Au total, nous constatons 44 interventions pénitentiaires au sein de l'unité dont 22 pour mise en chambre d'apaisement, 8 pour état d'agitation sans mise en chambre d'apaisement, et 14 pour demande de renfort mais sans intervention directe.

5. Prise en charge médicamenteuse des patients

	Homme (N=167)		Femme (N19)		Total (N=186)	
	n	%	n	%	n	%
Patients sous traitement						
Anxiolytique	134	80,2	15	78,9	149	80,1
Hypnotique	99	59,3	8	42,1	107	57,5
Antipsychotique per os	90	53,9	6	31,6	96	51,6
Antipsychotique injectable	45	26,9	2	10,5	47	25,3
Antidépresseur	43	25,7	9	47,4	52	28
Thymorégulateur	13	7,8	1	5,3	14	7,5
Traitement substitutif aux opiacés	26	15,6	4	21,1	30	16,1
SUBUTEX®	23	88,5	2	50	25	83,3
METHADONE®	3	11,5	2	50	5	16,7

La majorité des patients ont des associations médicamenteuses.

33.33% des patients ont une trithérapie. 30% des patients ont une bithérapie, et 21% des patients ont 4 médicaments voire plus.

Seuls 16.13% des patients sont en monothérapie.

Nous notons que 80.1% des patients sont sous **anxiolytiques** (benzodiazépines et apparentés). Ce sont également les traitements les plus prescrits en détention. (*cf. Tableau 8*)

Plus de la 50% des patients sortent de l'UHSA avec un traitement **hypnotique**.

Un patient sur 2 est sous **antipsychotique per os**, et un quart des patients bénéficient d'un **traitement antipsychotique injectable**. La prescription de traitement antipsychotique est donc particulièrement importante. Ces traitements, en dehors de leur indication initiale, sont donc également prescrits pour leur action thymorégulatrice et anti-impulsive.

28% sont sous **antidépresseur** avec une différence notable entre les hommes et les femmes, respectivement 25.7% et 47.4%, ce qui semble logique puisque nous rappelons que les femmes sont majoritairement hospitalisées pour syndrome anxio-dépressif.

7.5% ont un traitement **thymorégulateur** à leur sortie de l'UHSA. (DEPAKOTE® LITHIUM®)

16% ont un **traitement de substitution aux opiacés** (TSO). Et 8 fois sur 10, il s'agit du SUBUTEX®, ce qui se rapproche de la répartition en population générale.

- 4 femmes sur 19 bénéficiaient déjà à leur arrivée d'un traitement substitutif aux opiacés et dans des proportions équivalentes pour le SUBUTEX® ou la METHADONE®.
- Aucun mineur n'a ce type de traitement.

6. Modalités de sorties des patients de l'UHSA

	Homme (N=166)		Femme (N=19)		Total (N=185)	
	n	%	n	%	n	%
Vers leur établissement pénitentiaire d'origine	133	80,1	13	68,4	146	78,9
Vers le SMPR rattaché	16	9,6	0	0	16	8,6
En détention	117	70,5	13	68,4	130	70,3
Changement d'établissement pénitentiaire	11	6,6	0	0	11	5,9
Vers un SMPR	5	3	0	0	5	2,7
En détention (sur décision judiciaire)	6	3,6	0	0	6	3,2
Levée d'écrou	18	10,8	6	31,6	24	13
Sortie définitive	5	3	6	31,6	11	6
Hospitalisation en psychiatrie générale	13	7,8	0	0	13	7
Orientation vers l'USIP	3	1,8	0	0	3	1,6
Décès durant l'hospitalisation	1	0,6	0	0	1	0,5

En définitif, **78.9%** des patients regagnent leur établissement pénitentiaire d'origine. (cf. *Tableau 9*) 8.6% vont intégrer le SMPR rattaché à leur établissement d'origine et 70.3% retourneront en détention classique. Les médecins peuvent proposer à l'administration pénitentiaire, au regard des troubles psychiatriques, des aménagements en détention, c'est-à-dire cellule doublée, cellule seule...

5.9% des patients changeront d'établissement pénitentiaire, soit sur décision judiciaire, soit sur décision médicale pour une orientation vers un SMPR (lorsque leur établissement d'origine n'est pas pourvu de ce type de structure). Six de nos patients ont été orientés vers un autre établissement pénitentiaire sur décision judiciaire, parfois à la demande de l'équipe soignante du fait de difficultés majeures en détention, ou lors d'un transfert vers un Centre de Détention ou une Maison Centrale. (Changement de statut pénitentiaire au cours de son hospitalisation)

Au total, **21** patients ont été orientés vers un SMPR afin de poursuivre les soins sous la forme d'équivalent d'hospitalisation de jour et de faciliter la réintégration progressive en détention.

Trois femmes sur 10 ont eu leur levée d'écrou durant l'hospitalisation, ce qui peut nous amène à penser que l'hospitalisation en UHSA pour les femmes semble importante surtout durant le temps de préparation à la sortie. Mais aussi, certaines ont des pathologies lourdes entraînant une hospitalisation durant toute la durée de la peine. Aucune n'a nécessité de poursuivre des soins à temps complet en psychiatrie générale à leur levée d'écrou.

Dix-huit hommes ont eu leur levée d'écrou durant leur séjour à l'UHSA. Pour **13** d'entre eux, les soins se sont poursuivis en psychiatrie générale de secteur en SL, en SDT ou en SPI.

Par contre, pour les 11 patients qui sont sortis libres de l'UHSA et pour qui les soins en hospitalisation à temps plein n'étaient plus nécessaires, ceux-ci sont tous sortis avec un rendez-vous programmé dans le CMP de secteur ou un rendez-vous avec le médecin traitant.

Trois patients ont été transférés à l'USIP pour poursuivre la prise en charge. Nous verrons par la suite que ces 3 patients ont un diagnostic de trouble psychotique.

Et nous déplorons un décès au sein de l'UHSA suite à un suicide par pendaison.

B. ETUDE SPECIFIQUE DES PATIENTS SOUFFRANT DE TROUBLES PSYCHOTIQUES

1. Caractéristiques sociodémographiques

Tableau 10 : caractéristiques sociales des patients selon le type de trouble diagnostiqué

	Autres troubles			Trouble psychotique			p
	N=112 (60,2%)			N=74 (39,8%)			
	N	%/moy	ET	N	%/moy	ET	
Age	112	33,5	10,8	74	31,2	7,8	0,1062
Sexe							
Femme	14	12,5		5	6,8		0,2055
Homme	98	87,5		69	93,2		
Situation maritale							
En Couple	27	24,5		17	25		0,9455
Célibataire	83	75,5		51	75		
Situation professionnelle							
Avec	32	31,1		9	13,2		0,0075
Sans	71	68,9		59	86,8		
AAH							
Initiée à l'UHSA	2	1,8		9	12,2		<0,0001
NON	96	85,7		39	52,7		
OUI	14	12,5		26	35,1		
Mesure de Protection							
Initiée à l'UHSA	1	0,9		2	2,7		0,0257
NON	105	94,6		60	82,2		
OUI	5	4,5		11	15,1		
Type de protection							
Curatelle	2	40		5	41,7		0,9493
Tutelle	3	60		7	58,3		

Nous avons extrait de la population totale les patients souffrant de troubles psychotiques afin d'analyser leurs particularités.

74 patients ont été diagnostiqués souffrant de troubles psychotiques lors de leur hospitalisation à l'UHSA soit 39.8% de la population totale. (cf. Tableau 10)

93.2% des patients sont de sexe masculin. Aucun mineur n'a été diagnostiqué trouble psychotique.

L'âge moyen de ces patients est de **31,2 ans** avec un écart type de 7.8.

Sept patients sur 10 sont célibataires au moment de leur incarcération.

Seuls 13.2% des patients psychotiques ont une activité professionnelle jugée stable.

35.1% sont bénéficiaires de l'AAH au moment de leur hospitalisation, et 9 demandes d'AAH ont été initiées durant leur séjour.

15% des patients psychotiques ont une mesure de protection et majoritairement, il s'agit de mesure de tutelle (58.8%).

Nous notons une différence notable avec des résultats statistiquement significatifs ($p \leq 0.05$) en ce qui concerne la **situation professionnelle** et l'**AAH**.

Les patients souffrant de troubles psychotiques exercent moins d'activité professionnelle à l'extérieur et bénéficient plus régulièrement de l'AAH, contrairement aux autres patients.

Ces résultats reflètent ce qui se passe en milieu ouvert où l'accès au travail pose problème pour les personnes souffrant de troubles psychotiques, ceux-ci vont évidemment bénéficier d'une AAH que n'auront pas des personnes indemnes de pathologie mentale.

Par contre, les résultats ne sont pas significatifs en ce qui concerne le sexe, l'âge et la situation maritale.

2. Caractéristiques judiciaires

Tableau 11 : Comparaison de la situation judiciaire des patients					
	Autres troubles		Trouble psychotique		p
	N = 112 (60,2%)		N =74 (39,8%)		
	n	%	n	%	
Antécédent d'incarcération					
non	33	31,1	17	25,4	0,4157
oui	73	68,9	50	74,6	
Statut juridique actuel					
Condamné	83	74,1	59	79,7	0,3771
Prévenu	29	25,9	15	20,3	
Procédure					
Correctionnelle	70	67,3	50	78,1	0,1318
Criminelle	34	32,7	14	21,9	
Établissements d'origine					
Maisons d'arrêt	47	42	48	64,9	0,0029
Maisons centrales	11	9,8	1	1,4	
Centres de détention	54	48,2	25	33,8	

Les patients diagnostiqués trouble psychotique ont déjà été incarcérés pour **74.6%** d'entre eux. (cf. *Tableau 11*)

Huit patients sur 10 sont déjà condamnés au moment de leur hospitalisation à l'UHSA et pour 78.1% des patients, il s'agit d'une procédure correctionnelle.

Ils proviennent pour la plupart de maisons d'arrêt (64.9%).

Les résultats sont significatifs ($p \leq 0.05$) pour la provenance des patients souffrant de troubles psychotiques. Il semblerait que les patients psychotiques soient le plus souvent adressés par les **Maisons d'arrêt** avec $p = 0.0029$.

Il n'y a aucune différence entre les patients sur les antécédents d'incarcération, le statut juridique actuel et le type de procédure en cours.

3. Santé mentale des patients psychotiques avant leur hospitalisation à l'UHSA

Tableau 12 : Comparaison des antécédents des patients

	Autres troubles		Trouble psychotique	
	N = 112 (60,2%)		N = 74 (39,8%)	
	n	%	n	%
Antécédents de suivi	81	72,3	55	74,3
Antécédents d'hospitalisation	67	59,8	51	68,9
Motifs d'hospitalisation				
Trouble psychotique	8	9,9	47	85,5
Trouble de l'humeur réactionnel	29	35,8	0	0
Trouble de l'humeur bipolaire	2	2,5	0	0
Trouble anxieux	16	19,8	4	7,3
Trouble de la personnalité	15	18,5	3	5,5
Addiction	11	13,6	1	1,8

Les trois quarts des patients psychotiques ont déjà été suivis en psychiatrie en SMPR ou à l'extérieur. (cf. Tableau 12) Ils sont donc connus pour la majorité des services de psychiatrie de secteur général ou pénitentiaire.

85.5% des patients sont connus pour des troubles psychotiques. 7.3% des patients étaient par contre hospitalisés pour des troubles anxieux.

Il y a donc **14.5%** des patients diagnostiqués psychotiques à l'UHSA qui n'ont jamais été hospitalisés ou suivis en milieu ouvert ou en milieu pénitentiaire pour ce type de trouble. Nous pouvons d'ores et déjà nous poser la question du moment où est posé le

diagnostic. Ont-ils décompensé en détention ou ont-ils échappé aux prises en charge psychiatrique du milieu ouvert ?

Il n'y a pas de différence significative en ce qui concerne les antécédents de suivi psychiatrique avec $p = 0.7630$. Les patients psychotiques ne sont donc pas plus suivis sur le plan psychiatrique que les autres patients détenus en milieu ouvert et en milieu pénitentiaire.

4. Hospitalisation à l'UHSA des patients psychotiques

Tableau 13 : Comparaison sur l'hospitalisation à l'UHSA des patients						
Durée moyenne de séjour ($p < 0,0001$)	Autres troubles		Trouble psychotique		p*	
	Moy/35,1 ET/39		Moy/71,5 ET/80,4			
	N=112 (60,2%)		N=74 (39,8%)			
	n	%	n	%		
Nombre d'hospitalisations à l'UHSA						
1	80	71,4	58	78,4	0,289	
2 et +	32	28,6	16	21,6		
Mode d'hospitalisation						
SDRE	22	19,6	39	52,7	<0,0001	
SL	90	80,4	35	47,3		
Violence contre soi						
NON	94	83,9	69	93,2	0,0589	
OUI	18	16,1	5	6,8		
Violence sur les biens ou sur autrui						
NON	94	83,9	53	71,6	0,0436	
OUI	18	16,1	21	28,4		
Recours à la chambre d'apaisement						
NON	106	94,6	60	81,1	0,0035	
OUI	6	5,4	14	18,9		
* Test du χ^2 pour les variables qualitatives Test de Student variables quantitatives						

Huit sur 10 patients psychotiques ont été hospitalisés qu'une seule fois durant la période d'étude.

Sept patients sur 10 diagnostiqués trouble psychotique sont adressés à l'UHSA pour décompensation de leur pathologie. Il s'agit du motif principal de leur hospitalisation.

Un patient sur 10 est adressé pour les suites d'une prise en charge d'un geste auto agressif. Plus rarement, pour 4% des patients psychotiques, il s'agit d'un geste hétéro agressif commis en détention.

Un patient psychotique sur 10 est toutefois adressé pour syndrome dépressif en détention.

3% des patients sont adressés pour évaluation psychiatrique en dehors du milieu pénitentiaire, lorsque la clinique en détention ne permet pas de poser un diagnostic franc.

La **durée moyenne de séjour** est de **71.5 jours** pour un patient psychotique avec un écart type de 80.4 jours. Ce qui se rapproche de la durée moyenne de prise en charge d'une décompensation psychotique en psychiatrie générale. (*cf. Tableau 13*) La durée moyenne de séjour pour les patients souffrant d'autres troubles est de 35.1 jours avec un écart type de 39 jours.

Le mode de placement en SL ou SDRE est équivalent pour les deux groupes.

Un patient sur 10 a été placé en D398 en psychiatrie générale avant d'intégrer l'UHSA.

Deux patients sur 10 atteints de troubles psychotiques ont nécessité le recours à la chambre d'apaisement.

Différentes formes d'actes de violences ont été commis par 26 patients psychotiques durant leur hospitalisation, violence contre soi pour 5 d'entre eux et violence sur la personne d'autrui pour 21 patients. Les violences contre soi sont essentiellement des scarifications. Les violences sur la personne d'autrui sont le plus souvent matérielles lors de syndrome délirant. Les violences vis-à-vis d'un autre patient ou d'un soignant sont majoritairement verbales. Les violences qui ont été recensées dans cette étude sont celles qui ont amené à un recadrage médical.

Nous observons des résultats statistiquement significatifs ($p \leq 0.05$) sur la **durée moyenne de séjour**, le **mode d'hospitalisation**, les **violences contre autrui** et le **recours à la chambre d'apaisement**.

La durée d'hospitalisation est plus longue pour les patients souffrant de troubles psychotiques. Ceux-ci sont plus souvent hospitalisés sous la contrainte du fait de l'absence de conscience de leur trouble que ce soit lors de décompensations délirantes où il existe une déconnexion de la réalité ou lors d'évolution déficitaire.

Nous notons plus de violences contre autrui avec un recours plus souvent à la chambre d'apaisement pour ces patients.

Par contre, il n'y a aucune différence significative sur le nombre d'hospitalisation à l'UHSA sur un an et sur le nombre de violences contre soi.

5. Prise en charge médicamenteuse des patients psychotiques

Tableau 14 : Comparaison sur le traitement de sortie des patients

	Autres troubles		Trouble psychotique		p*	
	N=112 (60,2%)		N=74 (39,8%)			
	n	%/moy	n	%/moy		
Nombre de traitements						
	0	3	2,7	0	0	0,3324
	1	19	17,0	8	10,8	
	2	36	32,1	19	25,7	
	3	29	25,9	25	33,8	
	4	21	18,8	18	24,3	
	5	4	3,6	4	5,4	
Anxiolytique						
	NON	19	17	18	24,3	0,2184
	OUI	93	83	56	75,7	
Hypnotique						
	NON	47	42	32	43,2	0,8629
	OUI	65	58	42	56,8	
Antipsychotique per os						
	NON	74	66,1	16	21,6	<0,0001
	OUI	38	33,9	58	78,4	
Antipsychotique injectable						
	NON	97	86,6	42	56,8	<0,0001
	OUI	15	13,4	32	43,2	
Antidépresseur						
	NON	67	59,8	67	90,5	<0,0001
	OUI	45	40,2	7	9,5	
Thymorégulateur						
	NON	104	92,9	68	91,9	0,8071
	OUI	8	7,1	6	8,1	
Traitement substitutif						
	NON	94	83,9	62	83,8	0,979
	OUI	18	16,1	12	16,2	
Type de traitement substitutif						
	SUBUTEX®	3	16,7	2	16,7	1
	METHADONE®	15	83,3	10	83,3	

* Test du χ^2 pour les variables qualitatives et Test issu d'un test de Student pour les variables quantitatives

Comme pour la population totale hospitalisée à l'UHSA, la majorité des patients atteints de troubles psychotiques sont sous poly thérapie. 33.8 % des patients psychotiques sont sous trithérapie. Un quart nécessite plus de 3 médicaments.

Les $\frac{3}{4}$ des patients psychotique nécessitent un traitement anxiolytique. (cf. Tableau 14)

43.2% des patients prennent leur traitement neuroleptique par voie injectable, voie que nous favorisons en détention afin d'améliorer l'observance thérapeutique des patients, mais aussi compte tenu de la dispensation des médicaments en détention.

16.2% des patients ont un TSO. Pour 83.3% des patients sous TSO, il s'agit du SUBUTEX®

Les résultats sont statistiquement significatifs ($p \leq 0.05$) sur le nombre de patients sortant sous **antipsychotiques par voie orale ou injectable** et sur les **antidépresseurs**.

Ces résultats sont cohérents au regard de la pathologie de ces deux groupes de patients.

Il n'y a aucune différence entre les deux groupes sur le nombre de médicaments à leur sortie de l'UHSA, les traitements anxiolytiques, hypnotiques, et les traitements substitutifs aux opiacés.

6. Sorties des patients psychotiques de l'UHSA

	Autres troubles		Trouble psychotique	
	N=111 (60,2)		N=74 (39,8%)	
	n	%	n	%
Vers leur établissement pénitentiaire d'origine	95	85,585586	53	71,6
Vers le SMPR rattaché	0	0	16	21,6
En détention	95	85,6	37	50
Changement d'établissement pénitentiaire	4	3,6	5	6,8
Vers un SMPR	0	0	3	4,1
En détention (sur décision judiciaire)	4	3,6	2	2,7
Levée d'écrou	11	9,9	13	17,6
Sortie définitive	11	9,9	0	0
Hospitalisation en psychiatrie générale	0	0	13	17,6
Orientation vers l'USIP	0	0	3	4,1
Décès durant l'hospitalisation	1	0,9	0	0

Sept patients sur 10 regagnent leur établissement d'origine à la fin de leur hospitalisation à l'UHSA. (cf. Tableau 15) 16 de ses patients sont orientés en SMPR afin de consolider la prise en charge des troubles psychotiques. 37 patients retournent en détention classique.

Cinq patients psychotiques ont changé d'établissement pénitentiaire, 3 sur décision médicale et 2 sur décision judiciaire.

Treize patients psychotiques ont eu une levée d'écrou durant leur hospitalisation à l'UHSA, ceux-ci ont été directement orientés en psychiatrie générale de secteur, en hospitalisation à temps plein. Une irresponsabilité pénale a été prononcée durant l'hospitalisation à l'UHSA, amenant de ce fait le patient à quitter la structure et à être orienté en psychiatrie générale, en hospitalisation à temps plein et en SDRE.

3 patients ont nécessité un transfert sur l'USIP de Sarreguemines, car les patients présentaient une certaine dangerosité liée à leur trouble psychiatrique difficilement compatible avec une unité d'admission.

7. Analyse multivariée

Tableau 16 : Identification des facteurs corrélés à la présence d'un trouble psychotique.				
		odds Ratio	Intervalle de confiance à 95%	
			borne inférieure	borne supérieure
AAH	oui vs non	3,771	1,536	9,261
Activité professionnelle	sans vs avec	1,492	0,601	3,703
Mesure de protection	oui vs non	1,081	0,302	3,875
Mode hospitalisation	SDRE vs SL	3,61	1,679	7,761
Recours à la chambre d'apaisement	oui vs non	3,881	0,94	16,028
Violence sur les biens ou sur autrui	oui vs non	1,105	0,392	3,112

Dans notre étude, 7 facteurs ont présenté une différence significative entre les deux groupes (troubles psychotiques vs autres troubles).

Il s'agit de la durée moyenne de séjour à l'UHSA, l'AAH, l'activité professionnelle antérieure à l'incarcération, la mesure de protection (tutelle ou curatelle), le mode d'hospitalisation à l'UHSA, le recours à la chambre d'apaisement, et le nombre de passages à l'acte durant l'hospitalisation à l'UHSA.

La durée moyenne de séjour n'a pu être intégrée dans ce modèle, car il s'agit d'une variable quantitative.

Les résultats sont les suivants (cf. Tableau 16):

La probabilité de bénéficier d'une AAH est 3,7 fois (OR=3,7 avec IC à 95% entre [1,5 ; 9,2]) plus élevée chez les patients-détenus souffrant de troubles psychotiques.

Les patients présentant un trouble psychotique ont 3,6 fois plus importante d'être en SDRE comparativement aux patients hospitalisés en SL. (OR=3,6 avec IC à 95% entre [1,6 ; 7,7])

Les résultats sont quasiment significatifs en ce qui concerne le recours à la chambre d'apaisement. (OR=3.9 avec IC à 95% entre (0.94 ; 16.028).

Nous ne pouvons conclure sur l'indépendance des autres variables entre elles.

C. RELATIONS AVEC LES PARTENAIRES

1. Centres partenaires et nombre d'admissions

Nous observons une différence notable du nombre d'admissions par centre.

Les centre pénitentiaires les plus pourvoyeurs d'admissions à l'UHSA sont la Maison d'arrêt de Metz et le Centre de Détention de Nancy Maxéville. (cf. *Tableau 16*)

45 patients hospitalisés à l'UHSA durant la période d'étude proviennent de la Maison d'arrêt de Metz. **51** patients proviennent du centre pénitentiaire de Nancy-Maxéville.

Plusieurs explications sont à l'origine d'une telle différence entre les centres :

- La proximité géographique du CP de Nancy-Maxéville avec l'UHSA de Nancy facilite l'hospitalisation des détenus. En effet, chaque transfert d'un établissement pénitentiaire à l'UHSA nécessite une escorte et parfois la présence de soignants de l'UHSA, en cas d'hospitalisation en SDRE et en cas d'agitation.
- En cas de SDRE, le délai d'attente pour l'accord des préfets de chaque département peut aller jusqu'à 48H actuellement, ce qui n'est pas compatible

avec une hospitalisation en urgence et peut entraîner des orientations vers les hôpitaux de proximité en D398. Nous ne retrouvons pas ce problème avec les établissements pénitentiaires situés dans le département de la Meurthe et Moselle, car un seul arrêté préfectoral est nécessaire.

- Il est possible également que les magistrats incarcèrent plus souvent dans des établissements à proximité de l'UHSA de même que dans des établissements qui disposent d'un SMPR comme la maison d'arrêt de Metz.
- Enfin, le CP de Nancy est le plus gros établissement de la région, donc la probabilité d'hospitalisation est aussi plus grande.

Douze patients hospitalisés sur l'UHSA proviennent de Maison Centrale, 79 d'un Centre de Détention et 95 d'une Maison d'arrêt.

Tableau 17: Nombre d'admissions par centre

Centre de détention	Admission à l'UHSA	Capacité du centre	%
Maison d'arrêt	95	2526	3,76
Metz	45	505	8,91
Sarreguemines	1	71	1,41
Bar le Duc	1	73	1,36
Epinal	1	306	0,33
Strasbourg	17	444	3,83
Colmar	1	123	0,81
Mulhouse	7	283	2,47
Belfort	2	40	5,00
Lure	3	73	4,11
Vésoul	4	50	8,00
Reims	2	156	1,28
Châlons en Champagne	9	301	2,99
Chaumont	2	78	2,56
Charleville Maizières	1	23	4,35
Centre de Détention	79	2433	3,24
Nancy Maxéville	51	751	6,79
Toul	9	429	2,10
Ecrouves	7	271	2,58
Montmédy	3	328	0,91
Saint Mihiel	8	401	2,00
Oermingen	0	253	
Maison Centrale	12	555	2,16
Ensisheim	8	205	3,90
Clairvaux	4	350	1,14

Ces admissions à l'UHSA sont à relier avec le nombre de D398 fait par centre, ce que nous allons développer par la suite.

2. Prévalence des troubles psychiatriques en détention

De nombreux questionnaires nous ont été renvoyés en signalant l'impossibilité de pouvoir évaluer convenablement la prévalence des différents troubles psychiatriques dans leur file active.

Ceci vient du fait que le turnover est important en détention et le suivi médical s'effectue parfois en pointillé.

Les entretiens d'admissions sont réalisés la plupart du temps par des soignants qui ne sont pas habilités à poser des diagnostics psychiatriques. C'est pourquoi, la moitié des patients suivis au SMPR de Metz par exemple sont sans diagnostic.

Sur 16 questionnaires retournés, 11 sont exploitables et nous renseignent sur la prévalence des troubles mentaux dans leur structure. (Metz, Sarreguemines, Strasbourg, Bar le Duc, Montmédy, Chalons, Nancy, Toul, Ecrouves, Oermingen, Ensisheim)

C'est ainsi qu'en regroupant par régions, nous trouvons les ratios suivants concernant les troubles psychotiques :

- 7.4 % en Lorraine
- 17.4 % en Alsace
- 7.6 % en Champagne

En regroupant par centre, nous retrouvons les ratios suivants :

- 13.6 % pour les Maisons d'Arrêt
- 20 % pour les Maisons Centrales
- 6.2 % pour les Centres de Détention,

Ces chiffres restent avant tout des estimations qu'il nous faudra exploiter avec beaucoup de précaution.

3. Ressenti sur la structure

Sur les courriers envoyés à nos partenaires pour recueillir leurs impressions depuis la création des UHSA, nous avons eu dix-sept réponses. (Metz, Sarreguemines, Epinal, Colmar, Mulhouse, Strasbourg, Bar le Duc, Montmédy, Reims, Chalons, Nancy, Toul, Ecrouves, Oermingen, Ensisheim, Vesoul, Saint Mihiel)

Les centres qui n'ont pas retourné le questionnaire sont Belfort, Lure, Chaumont, Charleville Maizières et Clairvaux.

11 centres sur 16 ont répondu que leur pratique s'était modifiée depuis la création de l'UHSA de Nancy.

- Le changement le plus probant est la possibilité de proposer un nouveau mode de soins aux détenus (hospitalisation à temps plein en soins libres) ceci permet de réduire le nombre d'hospitalisations en D398 et de faciliter l'alliance thérapeutique qui fait souvent défaut en détention. L'hospitalisation peut être programmée et travaillée en amont avec le patient. L'hospitalisation n'est plus alors vécue uniquement comme une contrainte.
- Ils relèvent aussi que les liens avec les équipes soignantes sont plus fréquents, ce qui diminue l'impression d'être isolé lors de la prise en charge d'un détenu.
- Ils soulignent que l'UHSA permet d'hospitaliser les patients souffrant de troubles psychiatriques dans un lieu où ils ne seront pas stigmatisés par leur origine carcérale, et permettra ainsi une meilleure neutralité dans les soins.
- Les SMPR de Strasbourg et de Metz constatent qu'avec la création de l'UHSA, il n'y a pas de baisse significative de leur activité. Certains centres rapportent même une augmentation de demandes d'hospitalisation de la part de leur patient et une augmentation de la file active des patients suivis pour troubles psychiques en détention.

- Ils relèvent aussi que les patients sont plus stables après un séjour à l'UHSA.

Cinq centres n'ont pas vu leur pratique se modifier avec la création de l'UHSA de Nancy. Il s'agit de Sarreguemines, Bar Le Duc, Epinal, Colmar, et Saint Mihiel. 12 patients nous ont été adressés par ces centres durant la période d'étude.

Nous le verrons par la suite, mais il s'agit de services qui fonctionnent avec les hôpitaux de rattachement, préférant les soins de proximité pour hospitaliser leurs patients.

4. Nombre de D398

Lorsque nous nous intéressons au nombre de D398 effectués par nos partenaires depuis la création de l'UHSA, nous pouvons constater que ce mode d'hospitalisation est encore utilisé par les centres pénitentiaires partenaires.

La circulaire interministérielle du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des UHSA (31) précisait que les hospitalisations en SDRE à l'UHSA devait être privilégié au mode d'hospitalisation en D398.

Nous retrouvons néanmoins pour les partenaires qui ont répondu aux questionnaires pas moins de 144 hospitalisations sur le mode du D398. (*cf. Tableau 18*)

Plusieurs explications peuvent être apportées :

- Le manque de place à l'UHSA.
18 patients hospitalisés à l'UHSA ont été placés sous le régime du D398 avant d'être transférés.
Cela signifie que 126 patients relevant de soins psychiatriques à temps plein ont été hospitalisés en psychiatrie générale sans être transférés par la suite à l'UHSA.

- Les troubles psychiatriques associés à une dangerosité nécessitent souvent une hospitalisation à l'USIP ou en UMD en première intention.
- Certains centres travaillent plutôt avec l'hôpital de proximité surtout lors de situations d'urgence. La distance géographique de certains partenaires les oblige à privilégier l'hôpital de secteur. Il existe aussi des hospitalisations proches de la levée d'échou pour favoriser le rapprochement du secteur de rattachement.
- Certains centres déplorent la complexité administrative d'une admission à l'UHSA.

L'hospitalisation sous le régime du D398 reste nécessaire, notamment pour des hospitalisations de courte durée. Certains détenus ont une personnalité marquée par l'impulsivité avec un seuil de tolérance à la frustration limité, ce qui entraîne parfois des situations aiguës, nécessitant une réponse rapide et brève de la part des soignants, mais aussi des hospitalisations courtes pour une situation de crise.

C'est lorsque les troubles s'inscrivent dans la durée ou la répétition qu'une hospitalisation à l'UHSA peut être envisagée.

Et c'est pourquoi, les hospitalisations sous le régime du D398 ont encore tout à fait leur place dans la prise en charge d'un détenu ceci afin d'éviter de « *psychiatriser* » des comportements exempts de troubles psychiatriques avérés.

Tableau 18 : Nombre de D398 par centre

	D398	D398 avant transfert à l'UHSA
	N =144	N=18
Maison d'arrêt		
Metz	9	2
Sarreguemines	26	0
Bar le Duc	-	0
Epinal	8	2
Strasbourg	3	2
Colmar	13	0
Mulhouse	15	1
Belfort	-	0
Lure	-	0
Vésoul	3	3
Reims	3	2
Châlons en Champagne	8	2
Chaumont	-	0
Charleville Maizières	-	0
Centre de Détention		
Nancy Maxéville	1	0
Toul	0	0
Ecrouves	0	0
Montmédy	26	2
Saint Mihiel	15	2
Oermingen	2	0
Maison Centrale		
Ensisheim	12	0
Clairvaux	0	0

IV. DISCUSSION

A. DISCUSSION DES RESULTATS DE L'ETUDE

1. Comparaison aux études précédentes

a) *Etude du Docteur HAEGEMAN sur l'UHSA de Nancy*

L'étude du Docteur HAEGEMAN (32) porte sur les 4 premiers mois d'ouverture de l'UHSA de Nancy de mars 2012 à juillet 2012.

L'échantillon comptait 61 patients majoritairement masculins (95%).

La moyenne d'âge était légèrement plus élevée que dans notre étude, de 2 ans soit 34.8 ans.

Les caractéristiques sociodémographiques quant à elles se superposent.

Le profil type d'un patient hospitalisé à l'UHSA est un homme, jeune, célibataire, sans enfant et sans activité professionnelle stable avant son incarcération. (81 %). 20% des patients bénéficiaient de l'AAH.

Sur le plan des antécédents psychiatriques, 71% avaient déjà été suivis ou hospitalisés dans un service spécialisé. Parmi eux, 58% étaient connus pour des troubles psychotiques.

Concernant le mode d'hospitalisation à l'UHSA, 34% des hospitalisations s'étaient faites sous contrainte en SDRE. Ce chiffre reste stable avec 32.8% en SDRE dans notre étude.

Les diagnostics retrouvés lors des quatre premiers mois d'ouverture sont surlignés en gras :

- **57 %** de troubles psychotiques comprenant les schizophrénies, les psychoses non schizophréniques, et les psychoses induites par une substance vs 39.8% dans notre étude.

- **23 %** de troubles de l'humeur réactionnels dont les états dépressifs majeurs vs 11.3%.
- **12 %** de trouble de la personnalité vs 27.4%.
- **5 %** de troubles anxieux vs 18.3%.
- **3 %** de troubles de l'humeur bipolaire vs 2.2%.

Les pathologies des patients accueillis à l'UHSA semblent évoluer au cours du temps avec une augmentation notable de la prise en charge des **troubles de la personnalité** et des **troubles anxieux**. Précisons que le diagnostic de trouble de la personnalité ne constitue pas en soit le motif d'hospitalisation. Il s'agit souvent de passages à l'acte suicidaire ou auto agressifs qui nécessitent une hospitalisation à temps complet pour évaluation et observation, mais également pour un moment de rupture avec l'environnement carcéral.

Nous observons également une diminution des patients pris en charge pour des **troubles psychotiques**. Par contre, un constat important à souligner dans cette évolution est que les patients hospitalisés ont des tableaux cliniques plus sévères. Cette sévérité se traduit parfois par des comportements inadaptés nécessitant la mise en chambre d'apaisement lors d'accès délirant. Ceci peut constituer une explication à l'augmentation du nombre d'interventions de l'administration pénitentiaire. Nous notons en effet sur notre période d'étude (12 mois), 44 interventions pénitentiaires dans les unités sanitaires et la quasi-totalité d'entre elles avaient pour objectif l'accompagnement en chambre de soins intensifs. (Contre 4 sur les 4 premiers mois d'ouverture, soit pratiquement 4 fois plus)

Si nous étudions les modalités de sortie, 16 patients sont orientés vers un service de psychiatrie générale à leurs levées d'écrou, 3 vers l'USIP du fait de leurs troubles et 21 vers un SMPR afin de consolider l'amélioration clinique et l'observance thérapeutique. Cela correspond à **16%** des patients hospitalisés sur l'UHSA ont nécessité des soins en milieu protégé versus 5% sur les 4 premiers mois d'ouverture.

Concernant les traitements de sortie, nous observons une augmentation majeure des traitements sédatifs, notamment des anxiolytiques. Les données restent stables pour les

TSO et le **nombre de traitements sur l'ordonnance de sortie**. (Les données de l'étude du Dr Haegeman sont surlignées)

- **42%** sortaient avec des anxiolytiques vs 80% dans notre étude
- **39%** bénéficiaient de traitements antipsychotiques vs 51.6% en per os et 25.3% en injectable
- **34%** avaient un traitement hypnotique vs 57.5%
- **10%** avaient un traitement antidépresseur vs 28%
- **15%** bénéficiaient d'un traitement par TSO vs 16.1%
- **49%** ont nécessité une trithérapie voire une quadrithérapie vs 54.3%

b) ***Etude du Docteur JULLIAN sur l'UHSA de Toulouse***

Cette étude décrit les aspects sociodémographiques et psychiatriques des patients incarcérés et hospitalisés à l'UHSA de Toulouse sur l'année 2012. (35)

151 patients ont pu être hospitalisés durant cette période. Il s'agit principalement de patients masculins à 92%. L'âge moyen de la population est de 34,6 ans.

32 % des patients bénéficiaient d'une AAH et 22 mesures d'AAH ont pu être initiées durant leur hospitalisation à l'UHSA.

L'admission à l'UHSA était sur décision d'un représentant de l'état pour 39 % des admissions vs 32.8%.

Les pathologies principales retrouvées au sein de l'UHSA de Toulouse, mises en évidence par le caractère gras, se répartissent en :

- **48%** de troubles psychotiques vs 39.8%.
- **28%** de troubles de la personnalité vs 27.4%.
- **9.3%** de troubles anxieux vs 18.3%.
- **6%** de troubles de l'humeur réactionnels vs 11.3%.
- **4.6%** de troubles de l'humeur bipolaire vs 2.2%.
- **2.6%** de troubles mentaux liés à l'utilisation de toxiques vs 1.1%.

Les résultats se superposent à notre étude pour la prise en charge des troubles de la personnalité. Par contre, nous avons accueilli 2 fois plus de patients souffrant de troubles anxieux et de troubles de l'humeur réactionnels.

Nous retrouvons une différence également dans l'analyse du traitement de sortie des patients de l'UHSA de Toulouse :

- **88 %** des patients sont sortis avec un traitement antipsychotique et parmi eux, **10.6%** sortaient avec un traitement neuroleptique à action prolongée vs 25.3%.
- **13.2 %** ont un traitement de substitution aux opiacés vs 16.1%.
- Les données concernant les anxiolytiques, les hypnotiques et les thymorégulateurs ne sont pas détaillées.
- **68.2%** ont une trithérapie ou plus sur leur ordonnance de sortie vs 54.3%.

Nous ne pouvons que constater les différences sur ces études sans pour autant pouvoir en donner d'explications formelles. Les «habitudes» de prescription peuvent entrer en ligne de compte, les liens avec les partenaires des unités sanitaires et leur appropriation du rôle et du fonctionnement des UHSA peuvent aussi modifier les demandes d'hospitalisation, mais également les liens avec les différents partenaires comme nous le détaillerons par la suite.

Il ne s'agit ensuite que de trois études et ces travaux demandent à être développées pour essayer d'en retirer des résultats plus significatifs.

c) *Limites de notre étude*

Les limites de l'étude résident, d'une part, sur le fait qu'il s'agit d'une étude rétrospective dont le recueil de données est parfois complexe.

Les questionnaires élaborés pour le recueil des données sur les patients et sur le ressenti des différents partenaires de l'UHSA n'ont pas été validés par un comité scientifique.

Le taux de réponse dans la deuxième partie de l'étude concernant les partenaires est peu important, entraînant des validités internes (indicateur qui permet au chercheur d'évaluer la fiabilité ou la certitude de ses conclusions internes) et externes (les conclusions externes sont les conclusions tirées de l'échantillon, que le chercheur souhaite généraliser à l'ensemble de la population à l'étude) faibles.

D'autre part, il est difficile de pouvoir faire des comparatifs puisqu'il n'existe que peu d'études comparables.

Une analyse pourrait être faite par rapport à la population carcérale générale de l'inter région que dessert l'UHSA de Nancy mais celle-ci ne sera pas représentative des troubles mentaux en détention car seuls les cas les plus sévères sont hospitalisés, entraînant un biais de sélection important. La prévalence des troubles psychiatriques en détention est difficile à appréhender comme le soulignent nos partenaires et il n'existe pas d'étude récente sur le sujet à échelle nationale ou régionale. Il ne semble pas être dans les habitudes de nos partenaires de dresser un «portrait» de leur file active en termes de diagnostics.

Si nous voulons mesurer l'impact d'une hospitalisation à l'UHSA, il serait intéressant de suivre la trajectoire des patients-détenus après ce type d'hospitalisation. Nous n'avons que peu de recul. Une étude envisageable serait d'évaluer le devenir de ces patients en faisant un rappel à 2 ans de tous les patients hospitalisés à l'UHSA en 2012-2013.

2. Caractéristiques socio démographiques

L'âge moyen des personnes détenues en France est de 34 ans. Il s'agit d'une population relativement jeune multipliant des facteurs de vulnérabilité sociale, ce que nous développerons.

Selon notre étude, l'âge moyen des patients hospitalisés à l'UHSA est de 32.6 ans, ce qui est en corrélation avec l'âge moyen de la population carcérale.

a) *Situation sociale des patients détenus*

Les détenus sont particulièrement touchés par la précarité sociale comme l'indique le rapport sur les conditions de la réinsertion socioprofessionnelle des détenus en France de 2006. (36)

Dans ce rapport, plus de 60% des sortants de prison sont jugés en situation de précarité socioéconomique durable. Dans les critères de précarité, nous retrouvons : 89% des détenus sont célibataires, 60% n'ont pas de logement personnel, 60% n'ont pas de travail avant leur incarcération, 60% n'ont pas de formation professionnelle et 6% ont une mesure d'AAH.

La question du **logement** n'a pas été abordée dans l'étude, mais il semblerait intéressant au regard de ses résultats de l'intégrer. Même si ceux-ci n'apparaissent pas, cette question est abordée durant l'entretien clinique, à la fois pour évaluer les conditions sociales du patient, mais aussi pour appréhender la sortie, lorsque nous recevons des patients en fin de peine. De plus, il n'est plus à prouver que les personnes sans domicile fixe (SDF) souffrent plus souvent de troubles psychiatriques que la population bénéficiant d'un logement. Deux interprétations sont possibles ; la première est que l'existence d'une pathologie mentale est source de désinsertion sociale et donc de précarité, d'autant plus que la personne échappe au système de soins; la seconde est que la précarité induirait des décompensations psychiatriques. (37)

Cause ou conséquence, la préoccupation du logement est importante, d'autant plus chez les patients détenus qui peuvent être soumis à des obligations pénales en dehors de l'incarcération. Si ces obligations ne sont pas respectées, celles-ci peuvent entraîner une réincarcération, amenant à des ruptures répétées dans la continuité du soin.

L'activité professionnelle chez les détenus est à soulever. Les patients hospitalisés à l'UHSA sont particulièrement vulnérables puisque nous constatons que seuls **22%** exercent une activité professionnelle avant leur incarcération. Sur l'analyse comparative, **13.2%** des patients psychotiques travaillent et **31.1%** pour les autres patients, avec une différence statistiquement significative entre les deux groupes. ($p = 0.0075$)

Ces 2 problématiques du logement et du travail nous font nous interroger sur la question des alternatives à l'incarcération et des aménagements de peine. Il s'agit en effet de 2 critères primordiaux pour y avoir accès. Par conséquent, nos patients, particulièrement vulnérables sur le plan social, ne se voient pas proposer de telle mesure, accentuant clairement les différences. En plus de ces problèmes de logement et de travail, nos patients bénéficient d'autant moins de mesures d'aménagement de peine, du fait des représentations qui persistent au sein du monde judiciaire. Nous nous sommes en effet heurtés à l'ouverture de l'UHSA à l'idée qu'avaient les juges d'application des peines de stopper toute demande d'aménagement de peine si le patient était hospitalisé. Or, la question est plus complexe et ce n'est qu'après des rencontres auprès des magistrats que nous avons pu y donner accès à nos patients en veillant toutefois à ne pas nous substituer au travail de l'expert. (38) Pourtant, les alternatives à l'incarcération pourraient être à encourager pour maintenir les liens familiaux, et la continuité des soins en milieu ordinaire. (39)

Lorsque nous nous penchons sur le **taux de mortalité** de cette population incarcérée, nous observons un nombre important de décès chez les personnes détenues, en particulier dans l'année qui suit leur sortie de prison. (40)

L'étude de P. Verger (41) sur 1127 prisonniers en France a comptabilisé 19 décès dans les 3 ans qui suivent leur sortie de prison avec 7 décès de mort naturelle, 4 morts par overdose (4 jours à 1 an après leur sortie) et 7 suicides. En comparant à la population générale, (42) cela correspond à 10 fois plus de décès de mort non naturelle, 8.7 fois plus de mort naturelle et 200 fois plus d'overdoses dans les deux catégories d'âges 15-34 ans et 35-54 ans.

Notre étude ne donne pas d'informations sur le suivi des patients hospitalisés à l'UHSA. Cependant, lors du recueil des données, nous avons pu avoir connaissance de 3 décès de personnes ayant été hospitalisées à l'UHSA durant la période d'étude. Un est décédé par suicide alors qu'il était encore incarcéré, un est décédé d'un cancer généralisé pour lequel il a été transféré en soins palliatifs, après une suspension de peine, et un patient est décédé par overdose dans les trois jours qui ont suivi sa libération. Nous déplorons également un décès par pendaison au sein de la structure.

b) *Populations particulières hospitalisées à l'UHSA*

- **Les femmes hospitalisées à l'UHSA**

La situation familiale de ces femmes est à mettre en lumière. Elles sont majoritairement en couple avec des enfants. Rappelons que les femmes incarcérées sont plus souvent complices qu'investigatrices des faits. D'ailleurs, celles-ci sont rarement récidivistes car elles semblent beaucoup plus sensibles à l'incarcération. **52.6%** de nos patientes sont en couple et **88.9%** ont des enfants au moment de leur hospitalisation. Comparativement aux hommes, **20.4%** d'entre eux sont en couple et **42.2%** ont des enfants.

Nous constatons une surreprésentation féminine comparativement à la population carcérale générale. **10,2%** des patients hospitalisés à l'UHSA sont des femmes par rapport à une population carcérale féminine évaluée à 3,3%, mais nous n'avons pas le chiffre de cette représentation au niveau régional. (1)

L'UHSA représente à présent un moyen d'hospitalisation avec consentement des patients, ce qui, auparavant, n'était pas possible pour les femmes.

Comme nous le soulignons dans l'introduction, les hébergements à temps partiel dans les SMPR sont aussi des soins avec consentement qui ne pouvaient pas être proposés aux femmes. L'hospitalisation en D398 n'est pas toujours une alternative pour ces femmes, d'autant plus si le motif d'hospitalisation est un syndrome anxio-dépressif ou une crise suicidaire. Une hospitalisation avec consentement constitue alors une option

intéressante dans leur prise en charge, de manière encore plus prégnante que les hommes.

Cela peut être une explication au fait que nous relevons plus de femmes hospitalisées en UHSA par rapport à la population carcérale féminine, puisqu'il s'agit de la seule modalité d'hospitalisation pour ces femmes en soins libres. D'ailleurs, notre étude met en évidence cette différence sur le pourcentage d'hospitalisations en soins libres chez les femmes et les hommes, respectivement **84.2%** et **65.3%**.

Une conclusion est aussi que nos partenaires des unités sanitaires se sont appropriés ce dispositif de soins.

Pour un quart d'entre elles, plus de 2 hospitalisations (**26.3%** vs **18%** pour les hommes) ont été nécessaires. Le milieu carcéral peut être difficile à appréhender pour ces femmes. Rappelons aussi que l'accessibilité au travail, aux activités et même à l'école est limitée. Le temps carcéral peut donc s'avérer particulièrement long et anxiogène.

6 femmes sur les 13 étudiées ont eu une levée d'écrou durant leur hospitalisation à l'UHSA. Nous avons rencontré plusieurs cas de figure: des patientes avec des pathologies psychiatriques sévères incompatibles avec un maintien en détention dont une a bénéficié d'une irresponsabilité pénale, des patientes présentant des troubles de l'adaptation en détention avec de courtes peines et dont la préparation à la sortie s'est effectuée à l'UHSA.

Nous pouvons conclure que l'UHSA représente donc un apport supplémentaire pour la prise en charge des femmes incarcérées.

- **Les mineurs hospitalisés à l'UHSA**

Au premier Août 2014, nous comptons 743 mineurs incarcérés. (43)

Nous avons accueilli **3** patients mineurs durant la période d'étude, tous de sexe masculin. Un diagnostic de trouble des conduites a été posé pour deux d'entre eux pour le troisième, un trouble anxieux. Deux de ces mineurs étaient prévenus dans des

procédures criminelles et un était condamné pour des faits en correctionnel. Il s'agissait d'une deuxième incarcération pour deux d'entre eux.

Le motif d'hospitalisation était des difficultés réactionnelles à l'incarcération et aux contraintes liées à la détention avec un risque majeur de passage à l'acte. Les extraire du milieu pénitentiaire a permis de les apaiser rapidement et de leur offrir un nouvel environnement.

Néanmoins, l'hospitalisation à temps plein en psychiatrie n'était pas une solution à long terme pour ces jeunes patients car ils ne présentaient pas de pathologie justifiant une telle prise en charge.

C'est pourquoi, il a été indispensable de mobiliser l'ensemble des intervenants que ce soit l'administration pénitentiaire afin d'aménager leurs conditions de détention ou organiser un transfert dans un autre établissement que les éducateurs de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) car pour au moins un d'entre eux, une mesure alternative à l'incarcération était en cours. Ce partenariat est à souligner car s'il a été prévu avant l'ouverture de l'UHSA dans notre convention de fonctionnement, il a montré toute son efficacité pour la continuité de la prise en charge de ces adolescents. Il en va de même pour le lien durant toute la prise en charge avec les équipes soignantes de leur établissement pénitentiaire d'origine.

Sur le plan thérapeutique, ces patients ne sont pas sortis avec un traitement médicamenteux lourd, et aucun n'a bénéficié d'un traitement anxiolytique. Deux patients ont nécessité l'instauration d'un traitement antipsychotique à visée anti impulsive.

La loi prévoit d'hospitaliser les mineurs-détenus dans l'hôpital de proximité plutôt qu'à l'UHSA afin de maintenir les liens familiaux, quand ils existent, ce qui limite les indications d'hospitalisation. Comme pour les femmes incarcérées, l'UHSA est une structure dérogeant au principe de séparation des majeurs et des mineurs en milieu pénitentiaire. Une vigilance, particulière et constante, doit donc être maintenue pour le personnel soignant au sein de l'UHSA lors de l'accueil d'un mineur.

Ces 3 mineurs provenaient de la Maison d'arrêt de Metz (géographiquement proche de l'UHSA de Nancy) où le SMPR bénéficie d'un temps de présence à temps plein d'un pédopsychiatre, même si celui-ci n'a pas vocation à s'occuper exclusivement des mineurs.

L'accueil de cette population à l'UHSA, où ils ne sont plus stigmatisés et ne sont plus confrontés à la pénibilité du milieu pénitentiaire, permet une certaine accalmie.

De même, nous pouvons faire les mêmes remarques sur l'intérêt de ce dispositif de soins pour les mineurs que celles faites pour les femmes, car ils n'ont pas accès à l'hospitalisation avec consentement dans d'autres lieux et il est peut-être encore plus difficile pour les équipes soignantes de prononcer une hospitalisation en D398 compte tenu des conditions de prise en charge dans certains services.

3. Caractéristiques judiciaires

Lorsque nous examinons le statut juridique des patients accueillis à l'UHSA, nous retrouvons des caractéristiques de la population carcérale avec **75%** de condamnés, ce qui est une proportion identique au milieu pénitentiaire.

Sur la nature de la peine, nous constatons une surreprésentation des procédures criminelles par rapport aux études sur la population carcérale nationale. Cependant, cette surreprésentation peut être liée à l'implication dans ces affaires criminelles de patients souffrant de troubles psychotiques et pour lesquels peut se poser la question de l'irresponsabilité pénale. Il est clair que ces patients ont plus de risque d'être hospitalisés à l'UHSA si la clinique n'est pas stabilisée et que leur incarcération est récente. Il est alors fréquent que leur durée de séjour soit longue, voire même qu'il dure le temps de l'instruction tant la symptomatologie est sévère.

Si nous nous attardons sur la provenance des patients, **7.3%** proviennent d'une Maison Centrale.

Pourtant l'étude épidémiologique de 2003 relevait le fait qu'être détenu en Maison Centrale était un facteur de risque de présence de trouble psychotique avec un odds ratio supérieur à 4. (12)

D'après notre étude, nous retrouvons plus de patients souffrant de troubles psychotiques en Maison d'arrêt. **64.9%** des patients psychotiques proviennent d'une Maison d'Arrêt (p à 0.029).

Ceci peut s'expliquer, en premier lieu, par le fait que les Maisons d'arrêt sont des centres pénitentiaires où les privations de liberté sont les plus importantes avec un accès aux formations, au travail, et à l'école limités. Ceci est dû à un turn over important des détenus en raison de peines plus courtes (inférieures à 2 ans) dans ces centres. Enfin, dans les maisons d'arrêt, l'encellulement est souvent double, voire plus et cette promiscuité peut être particulièrement pénible à vivre pour des personnes vulnérables et en difficulté dans les interactions sociales.

Il nous faut préciser, ensuite, que les Maisons d'Arrêt sont les seuls centres pénitentiaires où cohabitent prévenus et condamnés. Chaque détenu est placé en Maison d'arrêt en attente de la fin de l'instruction et de sa date de jugement. Comme nous le signalons précédemment, c'est durant cette phase d'instruction que peut être réalisée une expertise psychiatrique en vue d'une irresponsabilité pénale, ce qui peut expliquer en partie qu'il y ait plus de patients souffrant de troubles psychotiques dans cette structure.

Néanmoins, cette expertise psychiatrique est obligatoire en matière d'actes criminels mais pas pour des actes qui relèvent du correctionnel. Or, force est de constater que les patients psychotiques peuvent être incarcérés autant que les autres détenus pour des faits en correctionnel et peuvent échapper à l'œil de l'expert psychiatre et ainsi se retrouver incarcéré pour quelques mois en Maison d'arrêt pour des peines parfois courtes et qui nécessitent une hospitalisation sur l'ensemble de leur peine dont ils ont peine à comprendre le sens. (44) (45)

78.1% des patients psychotiques hospitalisés à l'UHSA de Nancy sont en procédure correctionnelle vs **67.3%** des patients souffrant d'autres troubles. Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes avec p à 0.1318.

Enfin, l'organisation différente des établissements pénitentiaires que nous avons détaillée dans la partie introductive, en particulier les maisons centrales où les peines sont longues et la vie plus rythmée, peut expliquer que peu de patients psychotiques viennent de ce type d'établissement pour être hospitalisés à l'UHSA. Les patients très souvent ritualisés peuvent s'adapter plus facilement dans ce type d'établissement, qui devient même pour certains un « lieu de vie ». **6.5%** des patients de l'UHSA viennent d'une Maison Centrale alors que la prévalence des troubles psychotiques évaluée par les partenaires dans leur établissement était aux alentours de **20%** pour les Maisons Centrales.

Au regard des anciennes données sur les détenus, l'UHSA semble accueillir des patients-détenus dont la santé mentale et les caractéristiques sociales sont comparables à la population carcérale française. L'UHSA est donc le reflet de ce qui se passe en détention. D'autre part et de façon assez prévisible, ce sont des patients psychotiques qui sont accueillis en majorité et ce, pour en raison de facteurs variés que nous avons détaillés. Enfin, le cadre thérapeutique de l'UHSA semble être profitable pour les populations minoritaires en détention, c'est-à-dire les femmes et les mineurs. Nous allons détailler, à présent, la prise en charge des troubles psychiatriques au sein de l'UHSA et les limites de cette prise en charge.

B. INTERETS ET LIMITES DE L'UHSA DANS LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES

Nous avons déjà exposé quelques apports d'un dispositif de soins comme l'UHSA dans la prise en charge des patients souffrant de troubles psychiatriques et incarcérés. Nous allons à présent nous intéresser à quelques aspects particuliers de la prise en charge que

ce soit en termes de diagnostic ou de gestion des traitements médicamenteux ou des comportements addictifs en insistant sur l'articulation avec les soins en milieu pénitentiaire.

1. Prise en charge des troubles psychotiques (46) (47)

Selon les résultats de notre étude, **32.3%** des patients nous sont au départ adressés pour prise en charge d'une décompensation psychotique en détention. Après une période d'observation en dehors du milieu pénitentiaire, **39.8%** des patients sont finalement diagnostiqués comme souffrant d'un trouble psychotique.

Les tableaux cliniques semblent s'aggraver au fil du temps. La sévérité de la symptomatologie se traduit par des accès délirant à l'origine de troubles du comportement. Il s'agit le plus souvent de délire paranoïaque qui est à l'origine d'actes incongrus en détention.

Par exemple, un patient nous a été adressé après avoir brûlé sa cellule, car il avait peur d'être attaqué. Un autre est entré à l'UHSA après avoir passé la nuit à faire des incantations pour éloigner le mal. Toutes ces situations sont lourdes de conséquences en prison. Ces détenus sont ainsi stigmatisés par leurs pairs, ce qui peut aggraver leur sentiment de persécution. Ces troubles du comportement sont aussi difficiles à appréhender par l'administration pénitentiaire, car la réponse pénitentiaire exclusive ne saurait être adéquate à la gestion de leur trouble.

L'UHSA permet de les extraire du milieu pénitentiaire et de traiter leur trouble sans se focaliser sur le trouble du comportement initial que ce soit pour les patients souffrant de schizophrénie paranoïde ou héboïdophrénique. Leur prise en charge exige la plupart du temps des durées d'hospitalisation de plusieurs semaines, que peut difficilement proposer un service de psychiatrie générale dans les conditions actuelles. De plus, l'absence de stigmatisation de ces patients de par leur statut de détenu au sein de l'UHSA doit leur permettre d'avoir une place de malade pleine et entière qu'il est, à juste titre, difficile d'obtenir de la même manière dans des services de droit commun. (48)

Lorsque les troubles psychotiques s'expriment plutôt sur un mode déficitaire, les tableaux sont alors moins bruyants, pouvant passer inaperçus au regard des surveillants qui sont les personnels en première ligne pour l'observation de la vie quotidienne. Dans ce cas, le problème posé, chez ses patients psychotiques pour lesquels l'indication d'hospitalisation sous contrainte n'est pas évidente est celui de l'adéquation entre sa santé mentale et la vie pénitentiaire. Leurs habilités sociales sont pourtant très perturbées, expliquant parfois leur défaut d'insertion dans la société. L'UHSA peut apporter une réponse thérapeutique pour ce type de situation. Le projet médical a en effet un axe de prise en charge qui repose sur la remédiation cognitive en adaptant les outils existant et sur l'entraînement aux habiletés sociales dont l'intérêt est majeur notamment pour les patients qui sont en fin de peine. Néanmoins, ces prises en charge peuvent également être proposées à des patients qui retourneront en détention afin de mieux vivre ce temps de leur vie où ils sont sollicités et où ils doivent gérer la vie avec l'autre.

Rappelons également que la suspension de peine pour raisons psychiatriques n'est pas prévue légalement contrairement aux pathologies somatiques. La suspension de peine pour raisons médicales a été introduite par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de soins. (49) Lorsque le pronostic vital est engagé ou que les soins sont du ressort des soins palliatifs, les détenus peuvent bénéficier de cette suspension de peine. (50) (51) (52)

L'UHSA a donc un intérêt dans la prise en charge des patients psychotiques quels que soient les symptômes prédominants dans leur pathologie.

Cependant, l'accueil de ces patients n'est pas sans nous poser des questions sur le sens que peut prendre une peine pour eux surajoutée à l'incarcération. Cette question est d'autant plus prégnante quand des patients passent la quasi-totalité voire la totalité de leur temps d'incarcération hospitalisé à l'UHSA car cette structure permet à présent des prises en charge au très long cours. Nous devons alors nous interroger sur le rôle d'un tel dispositif de soins pas pour les soignants mais pour les partenaires du monde judiciaire et bien en poser les limites.

Plusieurs inquiétudes ont notamment été formulées par certains psychiatres avant même la création de l'UHSA, notamment celle de cautionner l'idée que l'on peut incarcérer pour soigner y compris les plus malades. (53) (54)

Selon G. Dubré, la création des UHSA, uniquement réservée aux détenus, contribue à amplifier les pratiques d'incarcération des malades mentaux, au mépris du principe d'irresponsabilité pénale. (55)

Cependant, il ne s'agit pas d'un service qui permet une alternative à l'incarcération et il ne se substitue pas au travail d'expertise psychiatrique.

Enfin, l'accueil de patients psychotiques incarcérés pour de courtes peines dans le cadre de procédure correctionnelle nous interroge sur le développement du travail d'expertise psychiatrique dans ces procédures car dans les faits, elles sont très rares, surtout depuis que les jugements en comparution immédiate se sont étendus. (54) (45)

2. Prise en charge des troubles du comportement en détention

Ces troubles du comportement peuvent être en lien avec une symptomatologie psychotique même si ce n'est pas la majorité des patients. Dans ce cas, l'indication d'une hospitalisation ne posera pas de difficulté et elle pourra se faire à l'UHSA ou le patient peut être directement orienté vers une USIP ou une UMD.

Par ailleurs, les troubles du comportement peuvent s'inscrire comme la manifestation d'un trouble de la personnalité marquée par une impulsivité et une intolérance à la frustration. Dans ce cas, l'hospitalisation à l'UHSA sera plus discutable et sa seule indication sera d'apaiser un état de crise et ce sont donc souvent des séjours courts car l'hospitalisation à temps plein ne peut être une solution au long cours. Ces troubles de la personnalité à expression comportementale forte mettent en difficulté à la fois l'administration pénitentiaire mais aussi les équipes soignantes des unités sanitaires. Une bonne collaboration pluridisciplinaire est donc indispensable.

Enfin, il ne faut pas méconnaître le nombre de personnes déficientes mentales qui ont aussi recours à l'impulsivité, l'immaturité et l'intolérance à la frustration, où la peine n'est pas forcément comprise et la mise en place d'un projet thérapeutique doit être individualisée et adaptée. (56)

Les motifs d'admission à l'UHSA pour passage à l'acte hétéro agressif uniquement (c'est-à-dire qu'ils ne s'inscrivent pas dans un trouble psychiatrique plus global) sont peu nombreux et représentent **5.4%** seulement des admissions. Le travail en amont par nos confrères psychiatres consiste à évaluer sur le plan psychiatrique la nature du passage à l'acte hétéro agressif et la nécessité d'une hospitalisation à temps complet en psychiatrie.

Les hospitalisations en D398 peuvent garder tout leur sens dans ces situations souvent urgentes. La proximité des établissements pénitentiaires avec l'hôpital de rattachement fait que ce mode d'hospitalisation est privilégié afin de désamorcer rapidement l'état de crise, d'autant plus si l'hospitalisation doit se faire sous contrainte. **126** patients hospitalisés en D398 sur notre période d'étude n'intégreront pas l'UHSA après leur temps d'hospitalisation en psychiatrie générale.

L'administration pénitentiaire parfois en difficulté avec ce profil de détenus fait régulièrement la demande auprès des équipes soignantes. C'est dans ce genre de situation que les liens entre les deux institutions prennent toute leur importance.

Comme l'indique E. Acher sur la prise en charge des psychopathes incarcérés, l'alliance de diverses méthodes thérapeutiques que permet une équipe pluridisciplinaire aboutit à un meilleur contrôle de l'agir et à une meilleure gestion des phénomènes relationnels. Un cadre thérapeutique cohérent et solide à toutes les chances d'être contenant, s'il délimite et structure une réponse permanente mais diversifiée. Selon lui, les logiques pénitentiaires n'empêchent pas des relations thérapeutiques authentiques et des suivis efficaces. (57)

L'évaluation en amont est primordiale afin de ne pas « psychiatriser » des comportements de frustration où les détenus se mettraient à l'abri de la détention à l'UHSA.

3. Prise en charge des comorbidités psychiatriques

Dans notre étude, nous n'avons pas étudié les comorbidités psychiatriques, que ce soit les troubles de la personnalité associés ou les comorbidités addictives. Pourtant, ces dernières sont essentielles à une prise en charge efficiente notamment chez les patients souffrant de troubles psychotiques car la prise de toxiques peut être en lien direct avec leur incarcération, toxiques qu'ils utilisent comme automédication et qui sont source de conduites délictuelles. Ils sont également à l'origine de décompensation des troubles délirants ou d'aggravation des symptomatologies déficitaires et des troubles cognitifs.

Les médecins de l'UHSA ont, depuis le début d'année 2014, décidé de renseigner les diagnostics associés dans les dossiers médicaux, qu'ils soient psychiatriques ou somatiques.

4. Prise en charge des troubles addictifs à l'UHSA

La population pénale est particulièrement touchée par les addictions. Alcool, cannabis, opiacés, psychotropes, amphétamine, cocaïne sont les plus souvent consommés et souvent en association. Un quart consommerait au moins deux substances psychoactives d'après l'étude M.C. Mouquet sur la santé des détenus en 2003. (22)

Durant leur incarcération, l'observatoire européen des drogues et de la toxicomanie affirme que, certains détenus continuent à se droguer comme auparavant et d'autres commencent à consommer de la drogue. (8) La majorité des patients multiplie donc les facteurs de risque en termes d'addiction. Les conséquences sont majeures en milieu pénitentiaire où circulent toutes sortes de toxiques. Ces données sont largement confortées par la clinique où nous voyons apparaître des primo-dépendances à des toxiques.

Même si tout système est imparfait, le temps de l'hospitalisation à l'UHSA permet de limiter la consommation de ces toxiques pour les patients souffrant de comorbidités addictives. Un travail d'éducation à la santé est également réalisé par le personnel

soignant pour limiter le mésusage de toxiques. Il n'en reste pas moins que le retour en détention constitue un risque de reprise de ces consommations comme la sortie, facteurs sur lesquels nous n'avons que peu de prise hors mis le travail de continuité des soins que nous devons effectuer.

Seules quelques admissions ont eu d'ailleurs pour indication la prise en charge de comportements addictifs, notamment des sevrages en traitement de substitution ou en benzodiazépines. 2 patients nous ont été adressés pour sevrage. Il s'agit d'hospitalisation programmée en soins libres, permettant l'observation de certains de ces patients en dehors du milieu carcéral.

Le travail en amont est conséquent et doit aboutir à un contrat de soins. L'hospitalisation se fait majoritairement en SL, d'où la nécessité d'une bonne alliance avec le patient.

Le dépistage de toxiques par une bandelette urinaire n'est pas systématique lors de l'admission à l'UHSA. Celle-ci est réalisée au cas par cas lorsque la symptomatologie est évocatrice d'une intoxication. Les contrôles urinaires doivent constituer un outil relationnel plus que de contrôle. Ils trouvent leur place en début d'incarcération et dans les situations d'impasse thérapeutique. (58)

Le temps d'hospitalisation à l'UHSA doit permettre aussi aux patients de faire le point sur les usages de toxiques.

- Le tabac

Dans cette étude réalisée sur la santé des détenus en 2003 (22), 4 patients sur 5 fumaient régulièrement du tabac et 1 sur 7 plus de 20 cigarettes par jour.

Les patients sont donc en général de gros fumeurs (plus de 20 cigarettes par jour), nécessitant parfois l'instauration d'un traitement substitutif, puisqu'il est interdit de fumer dans les chambres de l'UHSA, contrairement aux cellules en détention. Les pauses « cigarette » effectuées dans les jardins extérieurs sont aussi en nombre limité mais régulières dans la journée. Les sorties se terminent à 19h30 le soir.

Cette question complexe sur l'accès au tabac à l'UHSA a suscité de nombreuses interrogations en amont de l'ouverture. L'option a été prise de permettre au patient de fumer mais qu'ils soient responsables de leur consommation qu'ils gèrent seuls. Ils «cantinent» leur tabac qui reste dans leur chambre. Ils n'ont pas de briquet, des dispositifs de type «allume-cigare» ont été disposés dans les jardins extérieurs.

Il est indispensable de faire des informations sur la santé et de favoriser l'arrêt du tabac. Tous les types de substituts nicotiques (gomme, patch et inhalateur) peuvent être proposés aux patients.

Cette restriction sur le tabac pouvait faire craindre des conduites de transgression de la part des patients. Mais cela est plutôt bien accepté et est rarement source de conflits. Une des explications possibles est que la majorité des patients ont des antécédents d'hospitalisation en psychiatrie (**63,4%**) et sont donc familiarisés la réglementation sur l'interdiction du tabac en milieu hospitalier qui peut même être plus stricte qu'à l'UHSA.

Cependant, il est important pour nos collègues psychiatres des unités sanitaires et des SMPR de connaître le fonctionnement d'une telle unité afin de préparer le patient à l'hospitalisation.

- L'alcool

D'après l'étude réalisée sur les personnes entrant en détention en 2003 (22), 31% déclarent une consommation excessive d'alcool par rapport à 19% en population générale. Les détenus de moins de 25 ans ont une consommation plutôt discontinue et celle-ci est beaucoup plus régulière après 25 ans. Pourtant seuls 6% de ces détenus entrants se voient prescrire une consultation spécifique en alcoologie.

D'après l'étude de 2001 dans les différents SMPR, 54% des patients souffrent de troubles addictifs et 29% de leur file active sont suivis pour des troubles liés à l'utilisation de l'alcool. (23)

Une étude portant sur 2033 adultes alcoolo-dépendants en Maison d'arrêt a permis de mettre en évidence quelques caractéristiques spécifiques de ces consommateurs. (59) Il

Il y a une forte proportion de détenus alcoolo-dépendants. Seulement 4000 détenus seraient pris en charge individuellement pour ce type de problématique pour une population de détenus alcoolo-dépendants estimés à 15 000 en 2003. Ceci est en partie dû au fait que la consommation d'alcool est souvent inavouée en détention. Pourtant, les conséquences d'un sevrage brutal à l'alcool peuvent être létales d'où l'importance de l'examen clinique somatique d'entrée en détention.

L'UHSA n'est donc pas une structure adaptée pour accueillir un sevrage à l'alcool en urgence, comme toute autre structure psychiatrique. A distance du sevrage, il faut tenir compte de la demande de soins du patient au préalable, mais nous n'avons pas admis de patient uniquement pour prendre en charge une problématique alcoolique.

Du fait de l'importante fréquence de cette comorbidité chez les patients-détenus, l'hospitalisation à l'UHSA devrait être l'occasion d'évoquer cette problématique sous la forme d'ateliers thérapeutiques en groupe lorsque l'entretien individuel ne permet pas d'aborder la question afin de susciter une demande.

Ceci est important à plus forte raison que les délits ou les crimes sous l'emprise de l'alcool sont fréquents. L'alcool entraîne une désinhibition comportementale plus importante chez les personnes ayant un profil impulsif. (60) (61)

- Le cannabis

L'association entre consommation de cannabis et troubles psychotiques n'est plus à prouver. Le cannabis induit des troubles du comportement à plus ou moins long terme.

La consommation de cannabis est importante en détention, puisque 3 personnes sur 10, entrant en prison, consomment quotidiennement du cannabis. (22) Les consommateurs sont particulièrement jeunes et cela n'épargne pas les mineurs, puisque 4 mineurs détenus sur 10 consomment également du cannabis tous les jours. Il s'agit de la drogue la plus utilisée en détention. Certains détenus commencent même l'utilisation de ce produit en milieu carcéral. (62)

Cette utilisation est d'autant plus difficile à arrêter qu'elle est rationalisée par les patients. Le cannabis est utilisé à visée anxiolytique mais aussi comme automédication contre des symptômes psychotiques. Leur méconnaissance ou le déni des autres effets induits par le cannabis entraîne une absence de demande de soins sur cette problématique. Le déni d'une éventuelle dépendance est d'ailleurs souvent au premier plan.

Il est donc difficile de faire l'économie d'un travail sur ces consommations pour les patients, les informer des risques et les inciter à arrêter cette utilisation nocive.

5. Prise en charge des troubles anxieux, des troubles de l'humeur et du risque suicidaire à l'UHSA

L'administration pénitentiaire relate 106 suicides en détention et 1671 tentatives de suicide sur l'année 2013, ce qui équivaut à un taux de suicide égal à 16/10 000. (1)

A titre comparatif, en population générale, nous recensons 10 660 décès par suicide dont 7 940 pour des hommes et 2 720 pour des femmes en 2003, ce qui correspond à un taux de suicide de 1.6/10 000. (63) En ce qui concerne les tentatives de suicide en population générale, 5,5% des 15-85 ans déclarent en 2003 avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie. (64)

Le niveau de mortalité par suicide et le nombre de tentatives de suicide en milieu pénitentiaire sont donc bien plus élevés que ceux observés en population générale. Le moment de l'incarcération, la surpopulation carcérale et l'isolement qui en découle ont été mis en avant comme facteur de risque de suicide. Plusieurs facteurs individuels sociodémographique (sexe, statut marital), pénale (statut juridique, nature de l'infraction, durée de la peine) et clinique (idées suicidaires récentes, précédentes tentatives de suicide, troubles psychiatriques et alcoolisme) ont également été identifiés. (65) (63)

De nombreux efforts de la part de l'administration pénitentiaire ont été entrepris avec notamment les formations des surveillants à la prévention du suicide mais également

des mesures concrètes de protection de l'individu (tenues particulières, cellule de protection). Ces mesures sont nécessaires mais ne se suffisent pas elles-mêmes, elles doivent être associées à une prise en charge sanitaire et les moyens des équipes en milieu pénitentiaire ne sont pas toujours suffisants.

Le dispositif actuel avec la possibilité d'hospitaliser les personnes en crise suicidaire à l'UHSA constitue une avancée majeure, notamment avec la modalité des soins libres. (66)

Pour sa part, l'ancien dispositif ne paraissait pas satisfaisant pour ce type de pathologies, dans la mesure où, la plupart du temps, les hospitalisations se déroulaient en chambre d'isolement ce qui n'est pas forcément la condition d'hébergement adéquat pour ces patients.

L'UHSA, dans ce sens, permet à ces patients-détenus, de rompre leur isolement et une surveillance médicale continue. Autrement exprimé, cette unité favorise la restauration de soi dans des conditions les plus proches possibles de celles d'un patient hospitalisé en psychiatrie de secteur, sans le stigmatisme du statut de détenu.

6. Traitements médicamenteux à l'UHSA

Nous pouvons partir du constat que les prescriptions de traitement psychotrope en milieu pénitentiaire sont largement supérieures à celles de la population générale.

Il semble de même important de souligner que les recommandations médicamenteuses sont les mêmes qu'en milieu général. Cependant, l'accessibilité et la diversification de certaines molécules ne sont pas évidentes dans tous les établissements pénitentiaires, comme l'indique l'enquête PREVACAR sur les traitements en milieu carcéral. (67)

Dans l'objectif d'une continuité des soins après l'hospitalisation à l'UHSA en détention, les médecins de l'UHSA doivent prendre en compte cette dimension.

En premier lieu, la délivrance des traitements en détention se fait sur plusieurs jours, la dispensation quotidienne étant réservée aux plus fragiles. Cette délivrance médicamenteuse est aussi très hétérogène entre les établissements pénitentiaires. Les médecins de l'UHSA doivent donc repérer ses comportements de mésusage médicamenteux ou d'absence d'autonomie des patients pour en informer les médecins de l'unité sanitaire ou du SMPR qui organiseront une délivrance quotidienne, voire pluri quotidienne.

Puis, il faut savoir que la forme galénique en gouttes d'un médicament n'est pas délivrée en détention pour des raisons de conservation, ce qui sous-entend une réadaptation du traitement avant la sortie de l'UHSA et parfois des problèmes d'observance en changeant la forme galénique. Les solutions buvables sont également moins source de «trafics» que les formes comprimés.

Certains traitements nécessitent aussi une surveillance rapprochée, notamment certains neuroleptiques retard qui imposent une observation durant plusieurs heures après l'injection. Compte-tenu des difficultés en détention pour poursuivre ce type de traitement, les médecins de l'UHSA tiennent compte de cette dimension.

Enfin, l'observance médicamenteuse est une question importante avant la sortie d'un patient de l'UHSA, d'autant plus lorsqu'il s'agit d'un patient psychotique. Les neuroleptiques injectables sont systématiquement proposés au patient afin de leur faciliter l'observance. **43.2%** des patients psychotiques de notre étude sont sortis de l'UHSA sous antipsychotiques injectables.

Il s'agit donc de travailler un équilibre entre l'observance, l'adhésion au traitement et la forme galénique la plus adaptée.

a) *Anxiolytiques et hypnotiques*

Un détenu sur 10 entrants en détention déclare avoir un traitement en cours par anxiolytiques ou hypnotiques. Il s'agit d'une donnée plutôt stable au regard des anciennes études (22). Lorsque nous observons les détenus suivis au SMPR, 6 patients

sur 10 ont un traitement en cours. (68) C'est pourquoi la majorité de nos patients se retrouvent avec un traitement anxiolytique qu'il nous est souvent difficile d'arrêter.

L'anxiété et l'insomnie sont des symptômes fréquents de consultation en détention. Le milieu carcéral est riche en événements stressants avec certaines périodes plus propices à l'anxiété : le début d'incarcération, l'approche d'une libération, ou d'un transfert, et les périodes d'isolement pour sanction pénitentiaire. Relevons aussi que ces médicaments sont une monnaie d'échange en détention. La demande médicamenteuse est donc importante. De plus, ces symptômes peuvent perdurer durant l'hospitalisation car certains événements extérieurs ou liés à l'incarcération surviennent et doivent être pris en charge. De plus, les rythmes de vie imposés en détention mais aussi en milieu hospitalier peuvent favoriser des troubles du sommeil (horaires de repas précoces, fermeture des portes).

C'est pourquoi, il faut trouver un compromis entre une prescription médicalement justifiée et bien adaptée au patient et le risque lié à la multiplication des traitements médicamenteux. (58) (69)

80.1% des patients de notre étude sont sous anxiolytiques et **57.5%** sous hypnotique. Les médecins de l'UHSA sont sensibilisés par cette problématique de prescription des psychotropes et aux particularités dans la dispensation des traitements. Néanmoins, il est impossible de calquer la dispensation en milieu pénitentiaire, ce qui représente une limite dans les prises en charge.

b) *Traitement Substitutif aux Opiacés (TSO)*

La circulaire du 3 avril 1996 relative à la prise en charge des toxicomanes (70) recommande la poursuite d'un traitement par Méthadone® ou Subutex® à l'entrée en détention ainsi que l'initiation d'un TSO dans une perspective de préparation à la sortie. Les TSO ont montrés en milieu carcéral leur capacité à réduire les pratiques à risques, à

favoriser la réinsertion et à réduire le nombre de réincarcération chez les usagers de drogues. (71) (72)

Dans notre étude, **16.1%** des patients sont sous TSO. **83.3%** sont sous Subutex® et **16.7%** sous Méthadone, ce qui correspond à la distribution en milieu ouvert.

Une attention toute particulière doit être portée sur ces patients qui par leur consommation, peuvent se montrer vulnérables en détention avec la conduite à risque que constitue leur addiction mais aussi celles que peuvent constituer la nécessité de se procurer les toxiques dans un milieu clos et de forte promiscuité.

En détention, les consommateurs d'opiacés ont diminué ces dernières années (22), et surtout la consommation par voie intra veineuse. 85% des détenus consommateurs sont sous traitement substitutif et 7% des détenus entrants en détention déclarent avoir déjà un TSO. Cette surreprésentation peut s'expliquer par le fait que 14% des détenus sont incarcérés pour infraction à la législation sur les stupéfiants et les auteurs de ces infractions sont en majorité consommateurs.

L'UHSA n'est pas le lieu de soin où sera traitée une dépendance à un TSO. Néanmoins, dans le cadre d'une prise en charge globale du patient, sa problématique addictive sera prise en compte et l'environnement hospitalier peut alors devenir le lieu propice à une réévaluation de ce traitement, notamment dans le cadre d'une préparation à la sortie tout en ne négligeant pas l'information à la santé et celle sur le risque lié au surdosage et au mésusage des traitements.

Les prises en charge à l'UHSA montrent donc des similitudes avec les soins en milieu ouvert et c'est d'ailleurs la vocation de ces unités. Cependant, des adaptations sont à faire dans les prises en charge afin de préparer un retour en détention à l'issue de ce temps hospitalier. Nous pouvons également préparer un patient à son retour à la liberté qui est un moment de vulnérabilité. Quoi qu'il en soit, le facteur commun à ces deux aspects des soins est la nécessaire continuité de ceux-ci à la sortie d'hospitalisation comme nous allons le développer.

C. CONTINUITÉ DES SOINS

a) *Relation avec le milieu ouvert*

Lors de la création de l'UHSA, plusieurs psychiatres ont déploré la construction de ce type de structure, préférant développer l'accueil des patients-détenus en psychiatrie générale, en USIP et en UMD. (39) (55) Comme nous l'avons détaillé dans la prise en charge des troubles psychiatriques à l'UHSA, la majorité des patients étaient consentants aux soins, leur pathologie ne représentait pas une indication à une hospitalisation en USIP et en UMD et les conditions d'hospitalisation en secteur n'apportent pas satisfaction pour les personnes sous écrou.

J.M. Chabannes regrette cette séparation entre les psychiatres de secteur en milieu pénitentiaire et ceux des secteurs de la psychiatrie générale ; Les premiers refusant d'entendre les difficultés de leurs collègues hospitaliers sur les patients difficiles et les seconds rejettent les plaintes de leurs collègues en milieu carcéral sur l'évolution du soin psychiatrique en détention. L'UHSA serait selon lui le résultat de ce malentendu. (73)

Pourtant, en pratique, nous n'avons pas ressenti un tel clivage dans le travail sur la continuité des soins. Un travail en amont de l'ouverture de la structure a cependant été nécessaire pour délimiter le champ de compétence de chacun et ainsi lutter contre la formation de filière de soins ségrégative.

L'articulation avec la psychiatrie de secteur est donc indispensable. Un patient souffrant d'une pathologie chronique a eu et aura besoin de manière évidente de soins en dehors de son temps d'incarcération et les modalités de prise en charge n'ont pas à être modifiées parce que dans son histoire, il a effectué une peine de prison. Comme le soutient C. Paulet, psychiatre à la prison de Marseille, les équipes psychiatriques sont

venues travailler en prison dans une optique clinique sectorielle, c'est-à-dire pour proposer un dispositif de soin au plus près de la population. (74)

De plus, les résultats de notre étude indiquent que de nombreux patients sont déjà suivis avant leur incarcération et donc avant leur hospitalisation à l'UHSA. **73.1%** étaient déjà connus des services de psychiatrie soit en milieu ouvert, soit en milieu pénitentiaire. Ces troubles psychiatriques ont nécessité une hospitalisation pour 63.4% dont 40.4% pour des troubles psychotiques.

Il sera donc primordial qu'ils soient de nouveau pris en charge par ces services de psychiatrie lors de leur levée d'écrou. En effet, **13** de nos patients psychotiques ont poursuivi leur hospitalisation en psychiatrie générale après leur levée d'écrou. Nous avons conscience que ces relais de soins ne sont pas simples pour les services de psychiatrie générale, d'autant plus pour des patients dans des situations sociales précaires, sans domicile fixe parfois et pour lesquelles des solutions de logement n'ont pu être trouvées lors de leur incarcération car condamnés à des peines très courtes. Néanmoins, la poursuite des soins est indispensable et ils ne peuvent être tous orientés vers l'hôpital siège de l'UHSA, en l'occurrence, le centre psychothérapique de Nancy nous concernant.

C'est pourquoi, il existe un engagement de reprise de la part de l'établissement de santé de rattachement de l'établissement pénitentiaire qui adresse le patient en cas de nécessité de poursuite des soins hospitaliers à la levée d'écrou. Ce document est indispensable avant toute admission à l'UHSA. Pour faciliter les démarches d'admission, cet engagement de reprise fait l'objet depuis novembre 2013 d'une convention entre le centre psychothérapique de Nancy et les différents établissements de santé de rattachement. Cet engagement n'empêche pas bien évidemment de travailler avec un autre secteur de psychiatrie comme celui du lieu de domiciliation du patient si cela se révèle en cohérence avec son projet de sortie.

Par ailleurs, les capacités d'accueil de l'UHSA sont limitées, renforçant la nécessité de travailler avec la psychiatrie générale. Il est donc tout aussi important de développer les capacités d'accueil en psychiatrie générale, en USIP et en UMD. (66)

Tout ceci indique l'importance de ne pas créer une filière ségrégative. Le soin psychiatrique pendant le temps d'incarcération n'a de sens que s'il est articulé avec le dispositif du milieu libre. La psychiatrie en milieu pénitentiaire doit travailler en réseau avec la psychiatrie en milieu ouvert. Nous constatons toutefois des difficultés dans les relais de prise en charge. Est-ce parce que l'étiquette de détenu entraîne des réticences de la part de certains psychiatres ou est-ce le manque de formation sur le milieu pénitentiaire de ces mêmes psychiatres ?

Un rapport du Sénat de 2010 (75) relève la nécessité de renforcer la formation des psychiatres à l'exercice de la médecine en milieu pénitentiaire, sous la forme de Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires, comme il en existe en addictologie.

b) ***Relation avec les SMPR et les unités sanitaires de niveau 1***

Nos partenaires en détention dressent un bilan très positif de leur pratique depuis la création des UHSA. Ils soulignent la possibilité de travailler en amont l'hospitalisation avec le patient-détenu, afin d'obtenir leur alliance dans les soins. Rappelons que le consentement de la personne aux soins proposés, en dehors de toute maladie altérant son jugement, est une dimension principale de la prise en charge. (38) Cela sous-entend une bonne connaissance de la structure afin d'expliquer au plus juste le fonctionnement de l'UHSA au patient et une bonne communication avec les médecins de la structure pour programmer une hospitalisation en SL. Leur expérience en milieu pénitentiaire permet une bonne orientation du patient en fonction du trouble. (76)

Des réunions bi annuelles ont lieu avec les différentes unités sanitaires et SMPR du territoire de ressort de l'UHSA afin d'échanger sur les pratiques de chacun et d'améliorer l'organisation.

Certains soulignent la lourdeur administrative des admissions dans le questionnaire de notre étude, celle-ci ne doit pas devenir un frein à l'hospitalisation. C'est pourquoi, un travail est effectué pour simplifier ces démarches comme l'illustre la convention d'engagement de reprise citée plus haut. La convention permet à présent de ne plus demander le formulaire d'engagement de reprise à chaque admission. Ce qui est

remarquable, c'est l'appropriation par les unités sanitaires des procédures de fonctionnement et par la pertinence des indications d'hospitalisation.

Cependant, il persiste néanmoins une certaine lenteur administrative liée essentiellement à l'obtention des arrêtés préfectoraux en cas d'hospitalisation en SDRE. Cette difficulté est d'autant plus prégnante lorsque le patient provient d'un autre département que celui de rattachement de l'UHSA (Meurthe et Moselle). Même si d'importantes améliorations ont été constatées depuis l'ouverture, il persiste un délai d'attente pouvant aller jusqu'à 48 heures.

C'est pourquoi, en situation d'urgence, dans des établissements pénitentiaires, géographiquement distants de l'UHSA, l'hospitalisation en D398 reste le moyen de prise en charge de ces situations. Les difficultés des soignants en psychiatrie générale sont donc encore actuelles. (77) (78) Le travail de collaboration avec les ARS et les Préfectures est donc lui aussi indispensable et des échanges téléphoniques réguliers ont lieu lors des procédures d'admission. Enfin, une rencontre annuelle est organisée pour discuter le fonctionnement de l'UHSA avec les autorités de tutelle et les différents partenaires, il s'agit de la commission locale de coordination.

Comme nous l'avons déjà discuté précédemment notamment sur la continuité des traitements médicamenteux, la sortie d'un patient de l'UHSA nécessite un échange avec les soignants des unités sanitaires où est également envisagé l'aménagement des conditions de détention par exemple.

La création des UHSA a enfin donné d'autres missions du SMPR en développant d'autres activités. (79) Le SMPR de la Maison d'arrêt de Metz relève, par exemple, une augmentation de sa file active de patients sortants de l'UHSA avec pour but de consolider l'amélioration clinique et de permettre un retour progressif en détention dans un environnement qui reste protégé.

Les relations entre SMPR, unités sanitaires et UHSA sont donc essentielles.

D. PARTENARIAT AVEC L'ADMINISTRATION PENITENTIAIRE

Depuis le projet de création de l'UHSA de Nancy, il y a une volonté commune à la fois de l'administration hospitalière et de l'administration pénitentiaire de travailler en coopération.

Peu de temps avant l'ouverture et après constitution des équipes soignante et pénitentiaire, des formations communes ont été effectuées (OMEGA, Prévention du risque suicidaire...) ainsi que des stages en immersion pour que soignants et surveillants pénitentiaires puissent se représenter plus facilement le métier de l'autre. Ce travail de collaboration a permis à la fois au soignant de démystifier le « prisonnier » et aux surveillants d'appréhender plus facilement la maladie mentale.

De plus, lorsque nous nous intéressons à la représentation du malade dans la population générale selon une étude de la Drees en 2003 (80), 45% des personnes interrogées pensent que commettre un meurtre est associé au fait d'être « fou » et 30% au fait d'être « malade mental ». Le « fou » comme le « malade mental » ne peuvent être soignés sans médicaments selon 78% des français. Et, 69% des personnes interrogées pensent qu'il n'est pas possible de guérir un « fou ». Le travail de partenariat entre nos 2 institutions à l'UHSA est un premier pas vers un changement des représentations de la santé mentale au sein des établissements pénitentiaires. Un projet de travail est de nous intéresser aux surveillants pénitentiaires qui travaillent en UHSA pour connaître leur sentiment en travaillant dans ce type de structure et savoir si leur représentation de la maladie mentale s'est modifiée.

De plus, l'UHSA permet un « confort » de travail par une redéfinition des rôles qui permet au soignant de n'avoir que ce rôle. Les soignants n'ont pas à gérer une certaine dimension sécuritaire, comme cela peut être le cas en psychiatrie générale (fouille des chambres, contrôle des visites). Ils se consacrent exclusivement aux soins, la délivrance des traitements, l'animation d'ateliers thérapeutiques en groupe ou en individuel,

l'ergothérapie, et la surveillance clinique. L'administration pénitentiaire contrôle toute la dimension judiciaire, c'est-à-dire la gestion des autorisations de communiquer (parloirs et téléphone), des cantines, du courrier, et des échéances judiciaires. L'UHSA est la première structure hospitalière où est établie l'administration pénitentiaire et non l'inverse.

Ce partenariat singulier soulève la question du secret professionnel. (81) (82) Nous travaillons donc avec un principe d'information partagée en ne dérogeant jamais à l'intérêt du patient et à la sécurité de tous.

Une rencontre bi mensuelle est organisée avec le responsable de l'administration pénitentiaire au sein de l'UHSA pour échanger autour du fonctionnement du service.

De plus, les soignants doivent travailler avec tous les partenaires impliqués dans la réhabilitation et la réinsertion sociale. (83) C'est ainsi que nous travaillons également avec le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP) (84) et la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ) (85) . C'est le rôle propre de l'assistante sociale du service de faire ce travail de partenariat au quotidien. De plus, nous organisons des réunions régulières avec le SPIP afin d'évoquer des situations particulières et complexes concernant certains patients.

C. De Beaurepaire, psychiatre à la Maison d'arrêt de Fresnes, insiste sur la nécessité d'adhérer au principe d'un partenariat judiciaire à la fois garde-fou et cadre légal protégeant l'intéressé autant que la collectivité. (86)

Ce partenariat fait partie de la richesse du travail à l'UHSA. Il reste à développer avec d'autres représentants du droit, notamment la magistrature.

V. CONCLUSION

Au travers de ce travail, nous avons tenté de démontrer l'apport d'une structure de soins comme l'UHSA, mais également ses limites, dans la prise en charge des patients incarcérés souffrant de troubles psychiatriques en nous attardant sur les patients psychotiques mais aussi sur les femmes et les mineurs, populations considérées comme plus vulnérables.

Notre étude permet de mettre en avant l'importance et la gravité des tableaux cliniques rencontrés dans ce milieu si particulier, facteur de décompensation mais aussi lieu de recours aux soins dans certaines circonstances.

En nous focalisant sur les troubles psychotiques, il s'avère que non seulement, ils sont surreprésentés en milieu carcéral mais aussi que les tableaux cliniques sont sévères et nécessitent une hospitalisation à temps complet comme le démontrent les résultats puisque c'est la pathologie pour laquelle le plus de patients sont adressés. Il apparaît enfin que ces patients souffrent d'une précarité plus importante, ce qui occasionne une inégalité dans l'accès à des mesures d'alternative à l'incarcération ou des aménagements de peine.

Toutes ces réflexions nous conduisent enfin à questionner le sens de la peine pour ces patients dans la mesure où l'essentiel de leur temps en détention se fait en milieu hospitalier. Ces inégalités ne devraient-elles pas nous inciter à alerter les autorités judiciaires et la magistrature en particulier?

L'élaboration d'un dispositif de soins comme l'UHSA et son fonctionnement mettent également en avant une notion fondamentale, celle de la continuité des soins qui apparaît comme un «point faible» de nos prises en charge. Le temps de l'incarcération, comme son nom l'indique, n'est qu'un temps dans le parcours d'un sujet et nous lui devons de pouvoir bénéficier à sa sortie de cette période particulière de sa vie, des mêmes soins que tout citoyen et non de l'inscrire dans ce qui deviendrait une filière stigmatisante.

C'est pourquoi, le lien avec nos partenaires soignants en milieu ouvert est fondamental, de même qu'avec tous ceux qui peuvent œuvrer à la préparation de la sortie. Ce lien doit d'ailleurs être initié avec nos partenaires exerçant en milieu pénitentiaire.

L'UHSA est donc un dispositif de soins dont nous pouvons promouvoir l'intérêt pour les patients tout en ayant conscience des limites. Il est également source d'ouverture de par le nécessaire et enrichissant partenariat avec une autre administration que la nôtre et les liens créés avec nos collègues.

Cet intérêt reste néanmoins démontré à l'échelle de petites études locales et empreintes de la subjectivité de celui qui y exerce et de ceux qui y ont recours. Il nous paraît indispensable de transformer cette subjectivité et objectivité par la promotion d'études à grande échelle s'intéressant à la santé mentale des personnes incarcérées et à leur devenir.

Nous avons conscience que ces unités ont pu susciter de nombreuses interrogations et critiques mais il nous apparaît qu'il est évident qu'elles peuvent être des lieux de soins à part entière où les questions de l'éthique du soin doivent rester présentes chaque jour.

BIBLIOGRAPHIE

1. DIRECTION DE L'ADMINISTRATION PENITENTIAIRE. Les chiffres clés de l'administration pénitentiaire au 1er janvier 2013. [Internet]. 2013 janv. Disponible sur: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Chiffres_cles_2013_opt.pdf
2. MINISTERE DE LA JUSTICE. Prise en charge sanitaire des personnes placées sous-main de justice. Guide Méthodologique. 2012 oct.
3. LOI n° 2008-174 du 25 février 2008 - Article 1 [Internet]. 2008-174 févr. 25, 2008. Disponible sur: www.legifrance.gouv.fr
4. LOI n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice [Internet]. 2002-1138 sept 9, 2002. Disponible sur: www.legifrance.gouv.fr
5. SANNIER O, NAPPEZ S, MANAOUIL C. Prise en charge sanitaire des mineurs détenus. Arch Pédiatrie. Févr. 2010;17(2):166-74.
6. COURS DES COMPTES. L'établissement public de santé national de Fresnes (EPSNF). Cours des Comptes; 2006.
7. TOURNIER PV. Démographie carcérale. 2010;
8. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. La santé des femmes en milieu carcéral: éliminer les disparités entre les sexes en matière de santé dans les prisons. 2009.
9. VISSEAUX J-F, BORNSTEIN S. Spécificités de genre de la délinquance féminine en France, un support à l'expertise psychiatrique pénale. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. déc 2012;170(10):686-91.
10. LOI n° 2007-1198 du 10 août 2007 renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs [Internet]. 2007-1198 août 10, 2007. Disponible sur: www.legifrance.gouv.fr
11. MINISTERE DE LA JUSTICE. Circulaire du 24 mai 2013 relative au régime de détention des mineurs. mai 24, 2013.
12. FALISSARD B, ROUILLON F, DUBURCQ A, FAGNANI F. Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral. 2004 déc p. 283.
13. FAZEL S, DANESH J. Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. Lancet. 16 févr 2002;359(9306):545-50.
14. FAZEL S, SEEWALD K. Severe mental illness in 33,588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. Br J Psychiatry J Ment Sci. mai 2012;200(5):364-73.
15. BLAAUW E, ROESCH R, KERKHOF A. Mental Disorders in European Prison Systems: Arrangements for Mentally Disordered Prisoners in the Prison Systems of 13 European Countries. Int J Law Psychiatry. sept 2000;23(5-6):649-63.
16. TROUVE I, TOUITOU D. Les effets pathogènes du milieu carcéral. Rev Infirm. mars 2013;62(189):20-2.
17. TESU ROLLIER D-D, COUTANCEAU R. Clinique et psychopathologie en milieu carcéral. À propos d'une expérience de pratique à la Maison d'Arrêt de Fleury-Mérogis. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. janv 2007;165(1):8-12.

18. ARCHER E. Réflexions sur les fondements d'une « Clinique psychiatrique en milieu pénitentiaire ». Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. oct 2004;162(8):668-71.
19. MOREAU F. La santé dans les prisons françaises. Pouvoirs. 1 nov 2010;n° 135(4):69-86.
20. GASTONE R. Étude médico-sociale des femmes incarcérées à la Maison d'arrêt de Fleury-Mérogis en 2000 et 2001. Santé Publique. 1 juin 2003;Vol. 15(2):133-59.
21. LE GOFF V, AVIGDOR L, CAGLI P, SOLDINI G. Femmes en prison : bilan différencié et état de santé. 60(2385).
22. MOUQUET MC. La santé des personnes entrées en prison en 2003. Etudes et Résultats. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques; 2005 mars. Report No.: 386.
23. PRIETO N, FAURE P. La santé mentale des détenus entrants ou suivis dans les prisons françaises comportant un SMPR. L'Encéphale. déc 2004;30(6):525-31.
24. FOURCADE N, GONZALEZ L, REY S, HUSSON M. La santé des femmes en France. 2013 mars. Report No.: Etudes et Résultats n°834.
25. BARON-LAFORET S, BRAHMY B. Psychiatrie en milieu pénitentiaire. 1998;37-953-A-10:9.
26. LOI no 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale [Internet]. 94-43 janv 18, 1994. Disponible sur: www.legifrance.gouv.fr
27. CHODORGE N, NICOLAS G. Santé en milieu carcéral Rapport sur l'amélioration de la prise en charge sanitaire des détenus. Haut Comité de la Santé Publique; 1993 janv.
28. Décret n°86-442 du 14 mars 1986 - Article 8 [Internet]. 86-442 mars 14, 1986. Disponible sur: www.legifrance.gouv.fr
29. PRADIER P. La gestion de la santé dans les établissements du programme 13000. Evaluation et perspectives. 1999 sept.
30. LE COMITE DE REDACTION DE DDS. Chambre d'isolement, contention, hospitalisation sous contraintes. Droit Déontologie Soins. 2006;12(3):336-46.
31. MINISTERE DE LA JUSTICE. Circulaire interministérielle du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA).
32. HAEGEMAN N. Création de l'Unité d'Hospitalisation Spécialement Aménagée de Nancy. [Nancy]: Université de Lorraine; 2012.
33. Arrêté du 20 juillet 2010 relatif au ressort territorial des unités spécialement aménagées destinées à l'accueil des personnes incarcérées souffrant de troubles mentaux.
34. PREUX PM, ODERMATT P, PERNA A, MARIN B, VERGNENEGRE A. Qu'est-ce qu'une régression logistique ? Rev Mal Respir. févr 2005;22(1, Part 1):159-62.
35. JULLIAN B. Approche descriptive du profil et du parcours de soins des patients admis à l'Unité Hospitalière Spécialement Aménagée de Toulouse en 2012 [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2014. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/385/>

36. DONAT DECISIER M. Les conditions de la réinsertion socioprofessionnelle des détenus en France. Conseil économique et social; 2006.
37. COMBALUZIER S, PEDINIELI JL. Étude de l'influence des troubles mentaux sur les difficultés de réinsertion sociale. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 1 févr 2003;161(1):31-7.
38. PAULET C. Réflexions sur les objectifs et les conditions du soin psychiatrique en milieu pénitentiaire. Perspect Psy. 1 déc 2006;45(4):373-9.
39. DAVID M. 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 ? 2012; 88(8). Disponible sur: http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=INPSY_8808_0605
40. ZLODRE J, FAZEL S. All-cause and external mortality in released prisoners: systematic review and meta-analysis. Am J Public Health. déc 2012;102(12):e67-75.
41. VERGER P, ROTILY M, PRUDHOMME J, BIRD S. High mortality rates among inmates during the year following their discharge from a French prison. J Forensic Sci. mai 2003;48(3):614-6.
42. MOUQUET MC, BELLAMY V, CARASCO V. Suicide et tentatives de suicide en France. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques.; 2006 mai.
43. DIRECTION DE L'ADMINISTRATION PENITENTIAIRE. Statistique mensuelle de la population écrouée et détenue en France. MINISTERE DE LA JUSTICE; 2014 août.
44. BENEZECH M. Folie où es-tu? Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. févr 2010;168(1):48-56.
45. RICHARD DEVANTOY S, Voyer M, Richard A-I, Lhuillier J-P, Senon J-L. Réquisitions et expertises psychiatriques pénales : quelles exigences pour le psychiatre ? Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. déc 2011;169(10):648-51.
46. SENON JL. Psychiatrie et prison : toujours dans le champ de l'actualité. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. oct 2004;162(8):646-52.
47. GUIGNARD L, GUILLEMAIN H. Les fous en prison ? ; Disponible sur: <http://www.laviedesidees.fr/Les-fous-en-prison.html>
48. BRIVET I. Prise en charge psychiatrique des détenus en UHSA: prison médicalisée ou hôpital sécurisé? Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique; 2009.
49. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
50. DAVID M. Schizophrénie et détention : angles d'approche. Inf Psychiatr. 1 févr 2010;Volume 86(2):181-90.
51. DAVID M. La suspension de peine pour raison médicale. Inf Psychiatr. 31 janv 2014;90(1):8-8.
52. FIX M. L'offre de soins en prison. Moyens et limites de la prise en charge médicale. janv 2013;63(1).
53. PAULET C. Bilan et perspectives de l'organisation des soins psychiatriques aux personnes détenues, en particulier de l'hospitalisation. avr 2004;80(4).

54. DUBRET G. La prison, ultime institution psychiatrique pour soigner et punir ? *Inf Psychiatr.* 1 oct 2006;Volume 82(8):663-8.
55. DUBRET G. Peut-on soigner et/ou punir et dans quel cadre ? *Inf Psychiatr.* 1 nov 2013;Volume 89(9):705-12.
56. BODON M. Psychiatrie en milieu pénitentiaire. *Encycl Méd Chir - Psychiatr.* janv 2013;10(1):1-17.
57. ARCHER E. Quelques réflexions sur la prise en charge des psychopathes incarcérés. *L'Évolution Psychiatr.* oct 2001;66(4):669-77.
58. FOVET T, AMAD A, ADINS C, THOMAS P. Psychotropes en milieu pénitentiaire : de la fiole à l'AMM. *Presse Médicale.* mai 2014;43(5):520-8.
59. MANIERE HAESEBAERT J, SAHAJIAN F, LAMOTHE P, FABRY J. Caractéristiques des personnes alcoolodépendantes incarcérées en maison d'arrêt. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique.* juin 2008;56(3):189-95.
60. BEGUE L. Etude évaluative sur les relations entre violence et Alcool. 2006;
61. GILLET C, POLARD E, MAUDUIT N, ALLAIN H. Passage à l'acte et substances psychoactives : alcool, médicaments, drogues. [Httpwwwem-Premiumcomdatarevues0013700600270004351](http://www.em-premium.com/data/revues/0013700600270004351) [Internet]. févr 2008 ; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.bases-doc.univ-lorraine.fr/article/83067/resultatrecherche/11>
62. MUSCAT R. L'usage de drogues en milieu carcéral. Council of Europe; 2000. 170 p.
63. TERA JL, BECK F, DUTHE G. Suicide et tentatives de suicide: état des lieux en France.
64. MOUQUET MC, BELLAMY V. Suicide et tentatives de suicide en France. *Etudes et Résultats.* mai 2006;
65. DUTHE G, HAZARD A, KENSEY A. Suicide en prison: la France comparée à ses voisins européens. *déc 2009*;(462).
66. 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. *Psychiatr Violence* [Internet]. 2011;11(1). Disponible sur: <http://www.erudit.org/revue/pv/2012/v11/n1/1012202ar.html?vue=resume>
67. DIRECTION GENERALE DE LA SANTE. Enquête PREVACAR volet offre de soins VIH, hépatites et traitement de substitution en milieu carcéral. Direction générale de la santé. 2010.
68. INSERM. Médicaments psychotropes: consommations et pharmacodépendances. oct. 2012;
69. PAULET C. Aspects particuliers de la pathologie psychiatrique en prison et de sa prise en charge. *janv 2013*;Volume 63(1):p82-9.
70. MINISTERE DE LA JUSTICE. Circulaire DGS n°96/239 du 3 avril 1996 relative à l'orientation de la prise en charge des toxicomanes. avr. 3, 1996.

71. MICHEL L. Particularités de l'exercice médical en milieu pénitentiaire. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* avr. 2006;164(3):244-6.
72. MICHEL L, MAGUET O. Traitements de substitution en milieu carcéral : guide des bonnes pratiques. *L'Encéphale.* Févr. 2005;31(1):92-7.
73. CHABANNES J-M. Les unités d'hospitalisations spécialement aménagées (UHSA), ou le résultat d'un divorce malheureux. *Inf Psychiatr.* 1 avr. 2004;80(4):291-4.
74. PAULET C. Devenir en milieu pénitentiaire des malades mentaux pour lesquels une altération du discernement est retenue par l'expert ou de ceux qui sont totalement responsabilisés. *janv 2007;*
75. BARBIER G, MICHEL JP, LE CERF JR. Prison et troubles mentaux: Comment remédier aux dérives du système français? *mai 2010;(434).*
76. MANZARENA C, SENON J-L. Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire : organisation, moyens, psychopathologies et réponses thérapeutiques. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* oct. 2004;162(8):686-99.
77. PANFILI J-M. L'hospitalisation sans consentement des détenus atteints de troubles mentaux : un dispositif incertain et controversé. *Droit Déontologie Soin.* mars 2013;13(1):9-15.
78. LACHAUX B. Les Unités de Malades Difficiles: d'une histoire sécuritaire à un projet de soins intensifs en psychiatrie.
79. JEHANNO A. Création et mise en place d'une UHSA: vers une nouvelle organisation dans la prise en charge des détenus souffrant de troubles mentaux à travers l'exemple du Centre Hospitalier Guillaume Régnier de Rennes. [Rennes]: Mémoire de l'école des Hautes études en Santé Publique; Décembre.
80. BELLAMY V, ROELANDT JL, CARIA A. Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale. *Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques;* 2004 oct.
81. SANNIER O, MANAOUIL C. Est-ce que le secret médical est la clé de voûte du respect de l'éthique médicale en prison ? *Éthique Santé.* déc 2008;5(4):201-7.
82. MILLY B. *Soigner en prison.* Presses universitaires de France; 2001.
83. ALZERAH C. Clinique, problèmes et perspectives des soins avec ou sans consentement. *Perspect Psy.* 1 mars 2009;48(1):22-30.
84. MINISTERE DE LA JUSTICE. Circulaire interministérielle du 21 juin 2012 relative aux recommandations nationales concernant la participation des professionnels de santé exerçant en milieu carcéral à la commission pluridisciplinaire unique. *juin 21, 2012.*
85. DIRECTION DE L'ADMINISTRATION PENITENTIAIRE. *Le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP).* 2012 avr.
86. DE BEAUREPAIRE C. La vulnérabilité sociale et psychique des détenus et des sortants de prison. *Rev MAUSS.* 1 nov. 2012;n° 40(2):125-46.

ABBREVIATIONS

MA Maison d'arrêt

CP Centre pénitentiaire

CD Centre de détention

MC Maison centrale

CNE Centre national d'évaluation

CSL Centre de semi-liberté

CNE Centre national d'évaluation

EPM Etablissement pénitentiaire pour mineur

EPSNF Etablissement Public de Santé National de Fresnes

PSE Placement sous surveillance électronique

DSP Dispositif de Soins Psychiatriques

SPMP Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire

UCSA Unité de consultations et de soins ambulatoires

UHSI Unité hospitalière sécurisée interrégionale

SMPR Service médico psychologique régional

UHSA Unité hospitalière spécialement aménagée

UMD Unité pour malades difficiles

USIP Unité de soins intensifs psychiatriques

CSP Code de santé publique

SDRE Soins à la demande du représentant de l'état

SL Soins libres

CPN Centre psychothérapeutique de Nancy

AAH Allocation adulte handicapé

SDF Sans Domicile Fixe

CPU Commission Pluridisciplinaire Unique

SIP Service d'Insertion et de Probation

INDEX des tableaux et figures

Tableau 1: Principales études de prévalence des troubles psychiatriques en détention

Tableau 2 : Partenaires de l'UHSA

Tableau 3 : Caractéristiques sociales

Graphique 1 : Tranches d'âge de la population étudiée

Tableau 4 : Situation judiciaire

Tableau 5 : Antécédents psychiatriques des patients

Tableau 6 : Nombre d'hospitalisations par patient durant la période d'étude

Tableau 7 : Hospitalisation à l'UHSA

Tableau 8 : Traitement de sortie des patients

Tableau 9 : Modalités de sortie des patients

Tableau 10 : Caractéristiques sociales des patients selon le type de trouble diagnostiqué

Tableau 11 : Comparaison de la situation judiciaire des patients

Tableau 12 : Comparaison des antécédents des patients

Tableau 13 : Comparaison sur l'hospitalisation à l'UHSA des patients

Tableau 14 : Comparaison sur le traitement de sortie des patients

Tableau 15 : Modalités de sortie des patients de l'UHSA

Tableau 16 : Identification des facteurs corrélés à la présence d'un trouble psychotique

Tableau 17 : Nombre d'admissions par centre

Tableau 18 : Nombre de D398 par centre

GLOSSAIRE

Sous Ecrou : Acte juridique qui marque le fait qu'une personne est placée dans un établissement pénitentiaire, sous la responsabilité de son directeur, à compter de telle date, sur la base de tel titre d'écrou, pour tel motif (infractions poursuivies ou sanctionnées).

Condamné : Personne reconnue coupable dont la condamnation judiciaire définitive.

Prévenu : Personne qui n'a pas encore été jugée ou dont la condamnation n'est pas définitive.

Instruction : Phase de la procédure pénale pendant laquelle, le juge d'instruction met en œuvre les moyens de réunir tous les éléments nécessaires à la manifestation de la vérité (expertises, perquisitions, auditions, confrontations), afin que le tribunal ou la cour puisse juger en connaissance de cause. Le juge instruit à charge et à décharge, c'est-à-dire qu'il recueille tous les éléments en faveur et à l'encontre du mis en examen.

Comparution immédiate : Procédure par laquelle l'auteur d'une infraction est traduit, à l'issue de sa garde à vue, devant le correctionnel, pour y être jugé.

ANNEXES



Annexe 1

CENTRE PSYCHOTHÉRAPIQUE DE NANCY
**PÔLE DE PSYCHIATRIE GÉNÉRALE DU
GRAND NANCY**

Chef de pôle : Professeur Raymund SCHWAN - Cadre Supérieur de pôle :
Pascale MOUROT

**Département U.H.S.A. (Unité Hospitalière Spécialement
Aménagée)**

Responsable de Département

Dr Pierre HORRACH

Responsable Médical

Dr Isabelle MOURIC

Praticiens Hospitaliers

Dr Émilie PARENTY

Praticien Attaché Associé

Dr Sameh SALEH

Cadre Supérieur de Santé

Pascale MOUROT
03.83.92.51.31

Cadres de Santé

Séverine LIOUVILLE
Jérôme CHANTY

Secrétariat RDC :

☎ 03.83.92.84.56
☎ 03.83.92.84.57

Secrétariat Étage :

☎ 03.83.92.84.61
☎ 03.83.92.84.62

Laxou, Date

«Titre»
«Nom»
«Structure»
«Rue»
«Ville»

«Formule_dappel»

Je suis Interne en DES en Psychiatrie et je souhaite effectuer mon travail de thèse qui consiste en une étude épidémiologique et descriptive des patients hospitalisés à l'UHSA du Centre Psychothérapique de Nancy Laxou. Une partie de cette étude consistera également à recueillir des données sur la santé mentale des personnes incarcérées dans le territoire de ressort de l'UHSA.

Pour ce faire, j'ai l'honneur de vous soumettre le questionnaire ci-joint qui me sera très utile dans mon travail. Si vous acceptez d'y répondre, il sera à retourner **avant le 15 mars 2013** à l'adresse suivante :

**Secrétariat UHSA
Centre Psychothérapique
BP 11010
54521 LAXOU CEDEX**

En vous remerciant de l'attention que vous y porterez, je vous prie d'agréer, «Formule_dappel», l'expression de mes respectueuses salutations.

**Docteur Isabelle MOURIC,
Responsable Médical UHSA**

**Madame Maureen FLOQUET,
Interne en Psychiatrie**

Annexe 2

QUESTIONNAIRE SUR LA PERIODE D'AOÛT 2012 à AOÛT 2013

✓ **QUESTION 1 :**

Prévalence des troubles psychiatriques dans votre établissement par rapport au nombre de détenus :

DIAGNOSTICS	Nombre ou pourcentage
Troubles psychotiques	
Troubles de l'humeur (état dépressif – trouble bipolaire)	
Troubles anxieux (anxiété généralisée – état de stress post-traumatique)	
Troubles de la personnalité	
Troubles liés à l'utilisation de substance (alcool – autres)	
Suicidant	

✓ **QUESTION 2 :**

Votre activité s'est-elle modifiée depuis la création de l'UHSA ?

OUI NON

Si oui, de quelle manière :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

✓ **QUESTION 3 :**

Quel est le délai moyen pour une hospitalisation à l'UHSA ?

En soins libres :

- 2 à 3 jours moins d'une semaine plus d'une semaine

En soins à la demande du Représentant de l'Etat :

- 1 jour 2 jours 3 jours

✓ **QUESTION 4 :**

Dans l'attente de l'hospitalisation à l'UHSA, quels aménagements des conditions de détention mettez-vous en place ?

.....
.....
.....
.....

✓ **QUESTION 5 :**

Quel est le nombre d'hospitalisations en D398 :

Pour quels motifs ?

- Hospitalisation de proximité
- Maintien des liens familiaux
- Fin de peine
- Patient connu du secteur
- Manque de place à l'UHSA
- Autres :

Annexe 3

Etude sur la population accueillie à l'UHSA de Nancy

Caractéristiques socio démographiques :

Q1 : sexe du patient.

Q2 : âge du patient

Q6 : Situation maritale : seul ou en couple

Q7 : Nombre d'enfants

Q8 : Situation professionnelle avant l'incarcération : avec ou sans emploi

Q9 : Bénéficiaire d'AAH : oui, non ou initiée à l'UHSA durant leur hospitalisation

Q10 : Mesure de protection : oui, non, initiée à l'UHSA

Q11 : Tutelle ou curatelle si oui à la Q11 mesure de protection

Parcours Judiciaire :

Q12 : Antécédents d'incarcération : oui, non

Q13 : Statut juridique : Prévenu ou Condamné

Q14 : Motif d'incarcération = Procédure en cours : Criminelle ou correctionnelle

Q 3 et Q15 : Estimer délai entre la date d'entrée à UHSA et la date d'incarcération

Q3 et Q16 : Estimer délai entre date de libération et date d'entrée à UHSA

Q17 : Etablissements d'origine :

Maison d'arrêt : Metz, Sarreguemines, Bar le Duc, Epinal, Strasbourg, Colmar, Mulhouse, Belfort, Lure, Vésoul, Reims, Châlons en champagne, Chaumont, Charleville Maizières.

Centre de détention : Nancy, Toul, Ecrouves, Montmédy, Saint Mihiel, Oermingen.

Maison centrale : Ensisheim et Clairvaux.

Antécédents psychiatriques :

Q18 : Antécédents de suivi psychiatrique : oui, non

Q19 : Si oui à la Q18 préciser le diagnostic motivant leur ancien suivi.

Q20 : Antécédents d'hospitalisations en psychiatrie : oui, non

Admission du patient :

Q3 et Q4 : Durée moyenne de séjour en nombre de jours

Q5 : Nombre d'hospitalisations à UHSA par patient durant la période d'étude

Q21 : Motif d'hospitalisation actuel

Q22 : Diagnostic principal

Q23 : Diagnostic associé

Q24 : Mode d'hospitalisation : SL ou SDRE

Q3 et Q25 : Si hospitalisé en SDRE initial ou en cours d'hospitalisation, date de levée du SDRE. Délais entre la date d'entrée et la date de levée du SDRE.

Q26 : Transformation du SL en SDRE en cours d'hospitalisation.

Q27 : D398 avant l'hospitalisation

Q28 : Si oui à la question 27, dans quel établissement.

Histoire des troubles dans l'unité :

Q29 : Recours à la chambre d'isolement.

Q30 31 32 33 34 35 36 concernent l'ordonnance de sortie : respectivement anxiolytique, Hypnotique, Antipsychotique per os, Antipsychotique injectable, Antidépresseur, Thymorégulateur et traitement substitutif. => savoir par patient si mono, bi, tri ou quadrithérapie.

Q37 Si oui à la question 36, préciser de quel traitement substitutif il s'agit : Subutex® ou Méthadone®.

Q38 : Nécessité d'extraction somatique pour des soins.

Q39 : Actes auto agressifs

Q40 : Actes hétéro agressifs

Modalités de sortie du patient :

Q41 : Orientation vers Etablissement pénitentiaire d'origine

Q42 : Changement établissement pénitentiaire pour raisons judiciaires ou raisons médicales

Q43 : Levée d'écrou durant l'hospitalisation

Q44 : Orientation vers un Etablissement de santé :

Si oui à la Q42 et oui à la Q44 => orientation vers un SMPR, il s'agit d'une structure équivalente à un hôpital de jour au sein de la détention. Les soins sont à poursuivre mais pas en continu, souvent pour une consolidation de la décompensation.

Si oui à la Q42 et non à la Q44 => Changement d'établissement pénitentiaire pour raisons judiciaires.

Si oui à la Q43 et oui à la Q44 => Orientation vers un hôpital psychiatrique général car les soins sont à poursuivre et le patient est libéré.

Q45 : Orientation en USIP

VU

NANCY, le **29 juillet 2014**

Le Président de Thèse

Professeur R. SCHWAN

NANCY, le 29 juillet 2014

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Par délégation,

Professeur M. BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le 25/08/2014

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Professeur P. MUTZENHARDT

RÉSUMÉ DE LA THÈSE :

Santé mentale des patients hospitalisés à l'UHSA de Nancy. Etude descriptive et rétrospective de 186 patients.

Introduction : Le dispositif de soins psychiatriques aux détenus s'est vu complété par la création des Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA), qui accueillent des patients souffrant de troubles psychiatriques en hospitalisation à temps plein, avec ou sans consentement. L'UHSA de Nancy a ouvert ses portes en mars 2012 et nous proposons une analyse descriptive des patients accueillis dans ce service, une réflexion sur son fonctionnement ainsi que sur les liens avec nos partenaires. **Matériel et méthodes** : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive sur la période d'août 2012 à juillet 2013 inclus. Nous avons analysé plusieurs caractéristiques des patients hospitalisés. Nous nous sommes intéressés aux patients présentant un trouble psychotique afin d'en dégager d'éventuelles spécificités. Nous avons aussi envoyé un questionnaire à nos différents partenaires (UCSA et SMPR) pour savoir si la création de ce dispositif de soins avait eu des conséquences sur leurs pratiques auprès des patients. **Résultats** : 186 patients ont été inclus. Les patients hospitalisés sont majoritairement masculins (89,9 %), célibataires (72 %), sans activité professionnelle avant l'incarcération (78 %). 73 % des patients ont des antécédents de suivi en psychiatrie. 40 % de ces patients hospitalisés ont un diagnostic de trouble psychotique. Nous retrouvons des différences significatives entre les patients psychotiques versus les autres patients sur plusieurs facteurs. Nos partenaires ont vu leur pratique se modifier mettant en avant une meilleure communication entre les soignants et une meilleure alliance thérapeutique avec le patient. **Conclusion** : L'UHSA offre une nouvelle modalité de soin aux détenus. Néanmoins, une réflexion plus globale doit être menée du fait de l'importance des détenus présentant des troubles mentaux et de la gravité des tableaux cliniques. Cette réflexion doit se faire avec l'ensemble des partenaires sanitaires et judiciaires et notamment avec les services de psychiatrie en milieu ouvert.

Mental health of the hospitalized patients has the UHSA of Nancy. Descriptive and retrospective study of 186 patients.

THÈSE de Médecine Spécialisée – ANNÉE 2014

MOTS CLEFS: Psychiatrie, prison, UHSA, SMPR, UCSA, troubles mentaux, CPN

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
