



UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2019

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Equipe mobile d'urgence-liaison psychiatrique en milieu
carcéral : analyse d'un dispositif innovant développé au sein du
centre pénitentiaire de Lille-Annœullin.**

Présentée et soutenue publiquement le 24 Septembre 2019 à 14h00
Au Pôle Formation
Par Tommy Delbeque

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Pierre Thomas

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Guillaume Vaiva

Monsieur le Docteur Ali Amad

Directeur de Thèse :

Madame le Docteur Deborah Sebbane

AVERTISSEMENT

« La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs. »

TABLE DES MATIERES

| | |
|---|----|
| I / INTRODUCTION | 6 |
| A / Historique de la prise en charge des personnes détenues en France et évolution du système de soins en santé mentale en milieu carcéral..... | 6 |
| B / Dispositifs et organisation actuelle du système de soins psychiatriques et de santé mentale en prison en France et dans les Hauts-de-France. | 9 |
| C / Epidémiologie psychiatrique en détention en France. | 13 |
| D / Epidémiologie psychiatrique en détention dans le Nord et le Pas-de-Calais..... | 17 |
| E / Naissance et évolution des équipes mobiles de psychiatrie en France..... | 21 |
| F/ Spécificité de l'équipe mobile en milieu carcéral : exemple du dispositif existant au sein du Centre Pénitentiaire de Lille-Annœullin..... | 23 |
| II / ANALYSE DU DISPOSITIF ET DE L'ACTIVITE DU BINOME D'URGENCE-LIAISON DEVELOPPE AU SEIN DU CENTRE PENITENTIAIRE DE LILLE-ANNOUELLIN : | 27 |
| A / Matériels et Méthodes | 27 |
| B / Analyse des résultats : | 29 |
| 1/ Description de l'échantillon | 29 |
| 2/ Répartitions des actes selon les bâtiments où sont hébergées les personnes détenues. .. | 33 |
| 3/ Répartitions des actes selon l'orientation du détenu à la suite du passage de l'équipe mobile..... | 34 |
| 4/ Répartitions des actes selon le motif du signalement à l'équipe mobile | 36 |
| 5/ Répartitions des actes selon l'origine du signalement | 40 |
| 6/ Répartitions des actes selon les codes diagnostics et les bâtiments d'hébergement..... | 41 |
| 7/ Répartitions des actes selon les codes diagnostics et les orientations à la suite de l'acte . | 46 |
| 8/ Répartitions des actes selon les codes diagnostics et les motifs de signalement. | 51 |
| 9/ Répartitions des actes selon les codes diagnostics et l'origine du signalement | 61 |
| III / DISCUSSION ET LIMITES : | 66 |
| A / Discussion générale | 66 |
| 1/ Répartition de chaque code diagnostic pour les 2282 actes. | 66 |
| 2/ Répartitions des actes selon les bâtiments d'hébergement. | 67 |
| 3/ Répartition des actes selon l'orientation du détenu après l'action du binôme d'urgences. | 69 |
| 4/ Répartition des actes selon le motif du signalement. | 70 |

| | |
|---|-----------|
| 5/ Discussion autour de la répartition des actes selon l'origine du signalement | 72 |
| 6/ Répartition de chaque codage diagnostic pour les actes selon le bâtiment d'hébergement. | 73 |
| 7/ Répartition de chaque codage diagnostic pour les actes selon l'orientation du détenu après intervention du binôme. | 74 |
| 8/ Répartition de chaque codage diagnostic pour les actes selon le motif du signalement reçu par l'équipe mobile. | 75 |
| 9/ Répartition de chaque codage diagnostic pour les actes selon l'émetteur du signalement. | 76 |
| B / Biais et Limites de cette étude..... | 77 |
| IV / CONCLUSION | 78 |
| V / RESUME | 82 |

I / INTRODUCTION

A / Historique de la prise en charge des personnes détenues en France et évolution du système de soins de santé mentale en milieu carcéral.

Le système d'accès aux soins des personnes détenues en France n'a cessé d'évoluer au fil du temps et plus particulièrement courant du XXe siècle. L'histoire des soins psychiatriques en prison est liée à celle du droit, de la psychiatrie et de leur interaction.

D'après François Moreau (1), les soins aux personnes détenues ont évolué selon trois périodes. Tout d'abord, en 1780, Necker crée l'Inspection Générale des Hôpitaux, qui intervient dans les prisons.

Début XXe siècle, Georges Clémenceau annonce que la prison doit être « une maison de guérison » dans tous les sens du terme (2). Mais il faut attendre la Commission des Réformes Pénitentiaires instituée par l'arrêt du 9 Décembre 1944 pour que s'installe réellement la notion de soins aux personnes détenues. Cet arrêt crée le service médical et celui médico-psychologique, qui doit fonctionner pour chaque centre pénitentiaire. Ces services vont rester sous la supervision et la direction de l'Administration Pénitentiaire.

Durant la deuxième Guerre Mondiale, un grand nombre de français a vécu des expériences carcérales ou concentrationnaires. Ils vont alerter l'opinion publique. P. Amor, Magistrat ayant connu ce qui arrive aux personnes détenues en camp de concentration, est nommé Directeur Général de l'Administration Pénitentiaire et déploie une dynamique de réformes

de l'Administration Pénitentiaire. Sa réforme principale est celle de Mai 1945 où il propose treize propositions dont la première restera la plus connue : (3) « La peine privative de liberté a pour but essentiel l'amendement et le reclassement social du condamné ». Il ne s'agit plus de punir et mettre en prison les personnes dangereuses mais réellement de profiter de ce temps d'incarcération pour redonner les moyens aux personnes détenues de préparer leur réinsertion. C'est également lui qui est précurseur des peines individualisées qui vont aboutir quelques années plus tard à la création du Juge de l'Application des Peines (JAP).

En 1986, 26 services de Psychiatrie appelés Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR) sont créés en milieu carcéral par des établissements hospitaliers (tout en respectant la sectorisation psychiatrique).

A partir des années 1990, l'infection par le virus du SIDA fait réagir le Haut Comité de la Santé Publique (HCSP). Un rapport de propositions de réformes du système de santé somatique et psychique en milieu carcéral est proposé. Selon ce dernier, la situation est alarmante : 15% des personnes détenues souffrent de dépendance aux drogues, 30% à l'alcool, 80% fument au moins 1 paquet de cigarettes par jour et enfin 1 détenu sur 5 souffre de troubles psychiatriques.

Le dispositif de soins en prison va être complètement revu par la loi du 18 Janvier 1994, loi relative à la Santé Publique et à la Protection Sociale, qui sera par la suite complétée par le Décret du 27 Octobre 1994 et la Circulaire Interministérielle du 8 Décembre 1994.

Depuis la Loi de 1994 (4), le service public hospitalier est chargé d'assurer les examens de diagnostic et les soins dispensés aux personnes détenues en milieu pénitentiaire

et, si nécessaire, en milieu hospitalier, ainsi que de mettre en place des actions de prévention et d'éducation pour la santé. (5)

Dans ce contexte, pour ce qui s'agit des consultations et des soins ambulatoires, chaque Directeur d'Agence Régional d'Hospitalisation (ARH) désigne, pour chaque établissement pénitentiaire de la région, un établissement hospitalier à proximité chargé de dispenser les soins aux personnes détenues, de participer à l'accueil et au traitement des urgences, de concourir aux actions de prévention et d'éducation pour la santé. L'établissement hospitalier doit alors créer au sein de l'établissement pénitentiaire, à la place des anciennes « Unités Médicales », une Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA), animée par une équipe hospitalière, et lui fournir tout l'équipement pour dispenser les consultations en Médecine générale et en Médecine spécialisée.

Pour ce qui s'agit des hospitalisations, la loi prévoit qu'en absence d'urgence, elles peuvent être réalisées au sein de l'établissement hospitalier désigné par le directeur de l'ARH. En cas d'urgence, elles se font dans des Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionales (UHSD), présentes dans huit établissements hospitaliers figurant sur une liste fixée par arrêté.

La Loi de 1994 prévoit que l'établissement pénitentiaire doit, outre le fait d'être rattaché à un établissement hospitalier, disposer d'un Service Médico-Psychologique Régional (SMPR) placé sous l'autorité d'un Psychiatre, Praticien Hospitalier, assisté d'une équipe pluridisciplinaire. (4)

La mise en place de tout ce système a été possible grâce à un renforcement des moyens avec une enveloppe de 60 milliards de francs consacrée à la prise en charge médico-psychologique des personnes détenues.

Plus récemment, la Loi du 9 Septembre 2002, d'orientation et de programmation pour la Justice, a permis la création d'Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA). En

cas de nécessité d'hospitaliser un détenu pour trouble mental, cela se fait prioritairement au sein de ces Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA) de l'établissement hospitalier. Ces dernières permettent pour la première fois l'organisation de soins hospitaliers complets sous la modalité du soin libre, c'est-à-dire avec le consentement du patient. Ces Unités permettent donc deux modalités d'hospitalisations : les soins libres ou les soins à la demande d'un représentant de l'état (soins sans consentement).(6)

B / Dispositifs et organisation actuelle du système de soins psychiatriques et de santé mentale en prison en France et dans les Hauts-de-France.

De nos jours, les anciennes Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA) et les Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR) sont appelés Unités Sanitaires en Milieu Pénitentiaires (USMP). (7)

Aujourd'hui on décompte 175 USMP, implantées dans la plupart des établissements pénitentiaires et sous la responsabilité de l'Hôpital (Général et Psychiatrique) de proximité ou du secteur. 93 secteurs de Psychiatrie Générale interviennent dans ces unités. (8)

Même si ces Unités ont une appellation unique, elle reste toujours aujourd'hui divisée en deux dispositifs : celui pour les soins dits « somatiques » et celui pour les soins dits « psychiatriques ».

Ces derniers se déclinent en 3 niveaux (6):

- Niveau 1 : il s'agit de l'UMSP et des soins ambulatoires réalisés en son sein. Il regroupe l'ensemble des activités de consultations (infirmier, psychologue, psychiatre, assistante sociale, travailleur social et éducateur, à l'instar des Centres

Médico-Psychologiques CMP) ainsi que les activités thérapeutiques de groupe (comme cela s'organise dans les centres d'activités à temps partiels CATTP en milieu ouvert). On retrouve également les missions d'éducation thérapeutique et de prévention, ainsi que la continuité des soins à la sortie du détenu de prison. Les prérequis aux soins sont le consentement de la personne et la garantie d'une confidentialité. Il peut y avoir recours à l'incitation aux soins notamment pour les personnes souffrant de pathologies mentales ou addictions ainsi que pour les auteurs de violences sexuelles.

- Niveau 2 : Ce sont les soins nécessitant une prise en charge à temps partiel dans des structures nommées Hôpitaux De Jour (HDJ). Ce sont des unités sanitaires présentes en milieu carcéral. Elles ont pour mission le dépistage des troubles psychiatriques chez les arrivants, la mise en place d'un suivi pour les personnes détenues qui le demandent ou l'acceptent, la lutte contre les addictions. Ces structures ont également comme mission la coordination régionale entre l'ensemble des acteurs de la psychiatrie intervenant en prison. Dans ces unités, des cellules spécifiques sont dédiées aux patients hospitalisés au sein de l'HDJ. Celles-ci restent sous l'autorité de l'Administration Pénitentiaire (surveillance, fermeture et ouverture des portes, etc...). Le nombre de ces Unités est de 26 sur le territoire français. Le plus souvent elles se situent dans les Centres pénitentiaires dépendant du secteur du service de Psychiatrie Générale du Centre Hospitalier Universitaire de la région. Cependant elles peuvent accueillir des personnes détenues de tout centre pénitentiaire de la région dont elle dépend.
- Niveau 3 : correspond à la prise en charge du détenu en hospitalisation à temps complet dans les Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA). Ces Unités prévoient deux modalités d'hospitalisation : les soins libres avec l'accord

du patient-détenu d'être hospitalisé et les Soins à la Demande d'un Représentant de l'Etat (SDRE) si le patient ne consent pas aux soins. Ces Unités accueillent aussi bien des personnes détenues hommes que femmes et même mineurs. Les Professionnels de Santé collaborent avec le personnel de l'Administration Pénitentiaire, qui assure les transferts des personnes détenues et le contrôle des entrées et des sorties, mais n'est pas présente dans l'Unité de soins sauf en cas de demande du personnel soignant. L'arrêté du 20 juillet 2010 fixe la liste des neuf unités hospitalières spécialement aménagées soit 440 places (Bron, Toulouse, Nancy, Villejuif, Fleury-Les-Aubrais, Seclin, Rennes, Marseille, Cadillac). Selon la feuille de route de la Stratégie Nationale de Santé présentée par la Ministre de la Santé en juin 2018, le lancement d'une deuxième phase de construction d'UHSA devrait avoir lieu, augmentant le nombre d'Unités à 17 et le nombre de places à 705.

Dans l'attente de la création de ces futures Unités et dans les cas où les UHSA ne sont plus en mesure d'accepter des patients, les hospitalisations dans les Etablissements de Santé autorisés en Psychiatrie restent possibles. Cependant, cette décision ne prévoit comme seule modalité d'hospitalisation les SDRE et amène donc à maintenir sous contrainte une personne qui accepterait les soins. De plus, on retrouve une majoration de mesures d'isolement et de contention pour cette population.

Pour finir, une dernière Unité d'hospitalisation à temps complet reste possible : les Unités pour Malades Difficiles (UMD) lorsque l'indication est posée et que les critères cliniques le justifient.

Concernant les dispositifs existants dans la région des Hauts-de-France et la Direction Interrégionale de Lille, on retrouve 18 Etablissements Pénitentiaires. Sept établissements ne comportent qu'une Maison d'Arrêt (Amiens, Arras, Douai, Béthune, Dunkerque, Sequedin et Valenciennes). Cinq autres contiennent une Maison d'Arrêt ainsi qu'un Centre de Détention (Annœullin, Laon, Liancourt, Longuenesse et Maubeuge). On retrouve deux Centres de semi-liberté à Haubourdin et Beauvais (qui détient aussi une Maison d'Arrêt), un Centre de Détention seul à Bapaume, deux Maisons Centrales à Vendin-le-Vieil et Château-Thierry et pour finir un Etablissement Pénitentiaire pour Mineurs à Quiévrechain.

On retrouve dans cette région trois SMPR :

- Un SMPR de niveau 2 sur Amiens avec un dispositif de soins psychiatriques et un Hôpital de Jour de 7 places avec présence soignante de 8h30 à 17h30. Ce SMPR est rattaché au CHU d'Amiens.
- Un SMPR de niveau 2 sur Annœullin avec également un dispositif de soins psychiatriques et une Unité d'Hospitalisation de Jour de 20 places avec présence soignantes de 8h30 à 18h00. Ce SMPR est rattaché au CHU de Lille.
- Enfin, un SMPR de niveau 1 sur la Maison d'Arrêt de Sequedin avec uniquement le dispositif de soins psychiatriques et les différentes missions vues précédemment qui lui incombent.

On retrouve pour finir une UHSA sur la ville de Seclin. Cette UHSA contient 60 places.

Cet Etablissement est divisé en 3 unités : une Unité pour soins libres plutôt orientée sur la prise en charge de crise et prenant en hospitalisation les hommes, les femmes et les mineurs,

appelée GARANCE. Une Unité de soins libres pour hommes appelée VERONESE et pour finir une Unité de soins en SDRE pour les personnes détenues hospitalisées sans leur consentement appelé MAJORELLE.

Les Etablissements Publics de Santé Mentale sont utilisés en deuxième recours quand les unités de l'UHSA ne possèdent plus de places d'hospitalisation disponibles.

C / Epidémiologie psychiatrique en détention en France.

Depuis 1990, plusieurs études épidémiologiques relatent la surreprésentation de l'ensemble des pathologies psychiatriques et des addictions chez les personnes détenues. Qu'il s'agissent de troubles psychiatriques préexistants à l'incarcération ou de pathologies apparues au cours de la détention, ces prévalences élevées sont notamment marquées par un risque suicidaire largement majoré.

Il y avait en Janvier 2019, selon le Ministère de la Justice, 70 059 personnes écrouées en France (pour 60 151 places opérationnelles). Cette surpopulation carcérale varie selon le type d'Etablissement et s'avère problématique dans les Maisons d'Arrêt avec un taux d'occupation moyenne de 140.7%. Le taux d'incarcération en 2018 était de 102 pour 100 000 habitants (contre 144 pour 100 000 dans le monde). Ces dernières décennies, la France n'a cessé d'observer une augmentation de la prévalence des troubles psychiques en prison.(9)

Toujours selon les chiffres du Ministère de la Justice et de la Direction de l'Administration Pénitentiaire, en Juillet 2018, l'âge médian des personnes détenues masculins était de 31.9ans, 77% des personnes détenues étaient d'origine française et on retrouvait une population masculine à 96.4%. Selon les chiffres de l'INSEE de 2002, les

ouvriers sont surreprésentés en prison (50%) alors qu'ils ne représentent que 30% de la population générale.

Les méta-analyses de Seena Fazel,(10) (11) ,dont la dernière inclut 109 études internationales, démontrent une surreprésentation des troubles psychotiques et de l'épisode dépressif caractérisé en prison. De plus, les troubles addictifs sont également surreprésentés et notamment associés aux troubles psychiatriques. Cette comorbidité influence fortement le pronostic et surtout le taux de mortalité à la libération et le taux de réincarcération.(12)

En France, en 1999, un rapport de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) met en évidence que, parmi les personnes qui entrent en prison, près d'une personne sur dix a besoin d'une prise en charge psychiatrique et un tiers des entrants en prison cumulent les consommations d'alcool, tabac, drogues ou psychotropes. Bien que les données de la DREES soient assez anciennes à ce jour, les résultats restent intéressants à relayer. Selon cette enquête, 8.8% des 10 171 entrants interrogés déclaraient avoir été suivis régulièrement par un Psychiatre, un Psychologue ou un Infirmier Psychiatrique, ou avoir été hospitalisé dans l'année précédant l'incarcération. De même, 4% des entrants déclaraient prendre un traitement antidépresseur et 3.5% un traitement antipsychotique.

Une autre enquête de la DREES de 2001 affirme que des symptômes psychiatriques ont été identifiés chez près de 40% des entrants évalués avec en premier plan les troubles anxieux et les troubles addictifs. De même, dans cette étude réalisée sur 23 SMPR d'établissements pénitentiaires français, il est mis en évidence une prévalence de 8% pour les troubles psychotiques, 7% pour les troubles de l'humeur, 34% pour les troubles de la personnalité et 12% pour les troubles anxieux.

Pour finir, une dernière étude de la DREES de 2003 mettait en évidence la surconsommation de substances psychoactives chez les personnes détenues. Les résultats affirmaient également qu'un entrant sur dix se voit orienté vers une consultation spécialisée en Psychiatrie et qu'un détenu sur dix affirme avoir tenté de se suicider dans l'année précédant l'incarcération.

Entre 2003 et 2004, Bruno Falissard (13) et ses collaborateurs ont mené une étude de prévalence sur un échantillon de 800 prisonniers masculins en France au sein de 20 Etablissements Pénitentiaires. Les résultats montrent que 36% des personnes incarcérées présentent au moins un trouble psychiatrique de gravité marquée à sévère. De même on retrouve une fréquence élevée de « double diagnostic » c'est-à-dire un trouble psychiatrique associé à un trouble addictif. Selon cette étude on retrouve les prévalences suivantes :

On retrouve une prévalence du trouble de l'humeur de 28% (28.6% selon la passation du Mini International Neuropsychiatric Interview), une prévalence du trouble anxieux de 29.4% (24% selon MINI), 19.1% de troubles addictifs (14.1%), 17% de troubles psychotiques dont 6.2% de Schizophrénie (17.3% dont 11.9%).

Une étude basée sur la région lyonnaise a mis en évidence une fréquence particulièrement importante des troubles du sommeil en prison et notamment l'insomnie. Sur leur échantillon de 358 personnes détenues, plus de la moitié se plaignaient d'un sommeil de mauvaise qualité.

Les conséquences de ces prévalences élevées sont nombreuses (14). Tout d'abord, le suicide est une problématique majeure.(15) En France, le taux de suicide en détention est plus élevé que dans d'autres pays. Il est en 2018 de 179 suicides pour 100 000 personnes détenues, ce qui donne un taux plus de six fois supérieur à la population générale. Ce taux

connait une augmentation ces dernières années (après une période de diminution au début des années 2010). Une étude française récente montrait qu'un risque suicidaire était identifié pour 13.2% des entrants. S. Baron-Laforet (15) distingue 4 moments clés dans l'incarcération où le risque suicidaire est le plus élevé : au cours de la garde à vue, lors des premiers jours de l'incarcération, lors du jugement et lors de l'approche de la sortie de prison. Les moyens les plus utilisés en détention sont, et de loin, la pendaison et strangulation (92% des décès en 2001 et 2002). J-L Terra montre que la moitié des suicides ont eu lieu lorsque le détenu était seul dans sa cellule et que la moitié des suicides en cellule double se sont fait en l'absence du codétenu. M. Benezech (4) a décrit 4 facteurs de risque suicidogène en détention :

- Les conditions de vie avec pertes des repères, perte de l'autonomie et promiscuité.
- Les particularités de la population carcérale : homme jeune avec personnalité fragile ou fonctionnement limite.
- Fonctionnement de la justice pénale qui ne dépiste pas les troubles psychologiques
- La « mutation culturelle » de la prison avec perte des repères institutionnels

Autre problématique, on retrouve aussi une présence importante de la violence en détention (4). Plusieurs études montrent que les personnes souffrant d'une pathologie psychiatrique sont davantage impliquées dans les incidents avec violence et qu'elles sont davantage victimes que les autres personnes détenues (1.6 fois plus pour les violences par les autres personnes détenues et 1.2 fois plus pour les violences par les surveillants).(16)

La problématique psychiatrique ne reste pas isolée. En effet, d'autres maladies sont surreprésentées en détention par rapport à la population générale, en particulier les maladies infectieuses (VIH, Hépatites B et C), les pathologies cardiovasculaires, les pathologies bucco-dentaires et les cancers.

D / Epidémiologie psychiatrique en détention dans le Nord et le Pas-de-Calais.

En ce qui concerne les prévalences régionales, selon l'étude « Santé mentale des personnes entrants en détention dans le Nord et le Pas de Calais» (12) (17) menée dans le Nord-Pas-de-Calais entre 2014 et 2017, qui comparent les prévalences des troubles psychiatriques des personnes entrant en détention avec celle d'une population appariée de la même région, les résultats confirment un haut niveau de morbidité psychiatrique chez les personnes entrant en prison.

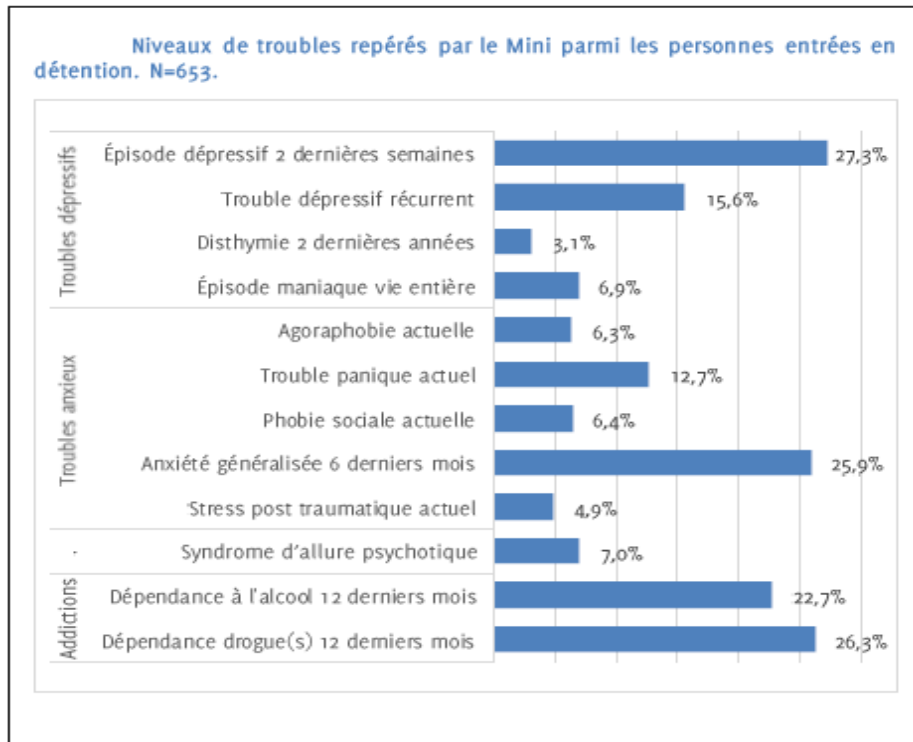


Figure 1

7 personnes sur 10 présentent au moins un trouble psychiatrique. Les épisodes dépressifs, l'anxiété généralisée, l'addiction à l'alcool ou aux drogues touchent chacun environ 1 personne sur 4. De même pour le trouble bipolaire de l'humeur ou les troubles psychotiques qui sont surreprésentés. De plus on retrouve une prévalence importante des comorbidités psychiatriques avec une place majeure pour les troubles addictifs (figure 1).

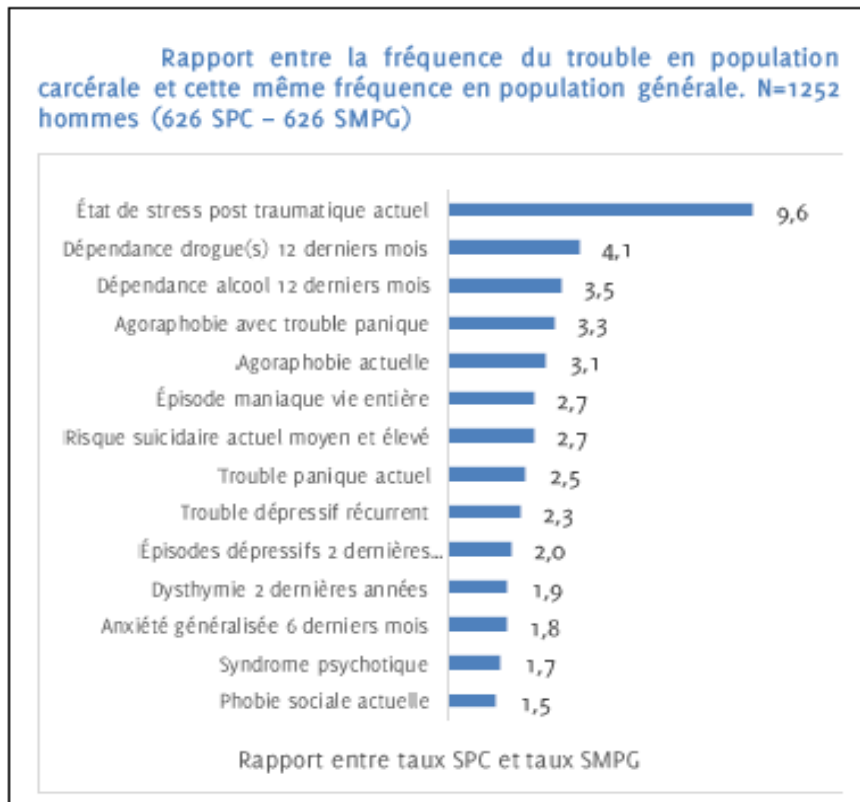


Figure 2

Référence du rapport

Laurent Plancke¹, Aminata Sy (stagiaire)¹, Thomas Fovet², Fanny Carton², Jean-Luc Roelandt³, Imane Benradia³, Axel Bastien (interne en psychiatrie)¹, Alina Amariei¹, Thierry Danel¹, Pierre Thomas³, *La santé mentale des personnes entrant en détention*, Lille, F2RSM Psy, novembre 2017, 34 p.

1. Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France, Lille.
2. Centre hospitalier universitaire (CHU), Lille.
3. Centre collaborateur OMS pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS), Hellemmes (Lille).

On retrouve une surreprésentation des troubles psychiatriques et notamment pour les troubles anxieux (notamment agoraphobie 3.1 fois plus représenté), les états de stress post-traumatiques (9.6 fois plus représentés) et les troubles addictifs avec dépendance à l'alcool (3.5 fois plus représentée) et dépendance aux drogues (4.1 fois plus représentée). (figure 2)

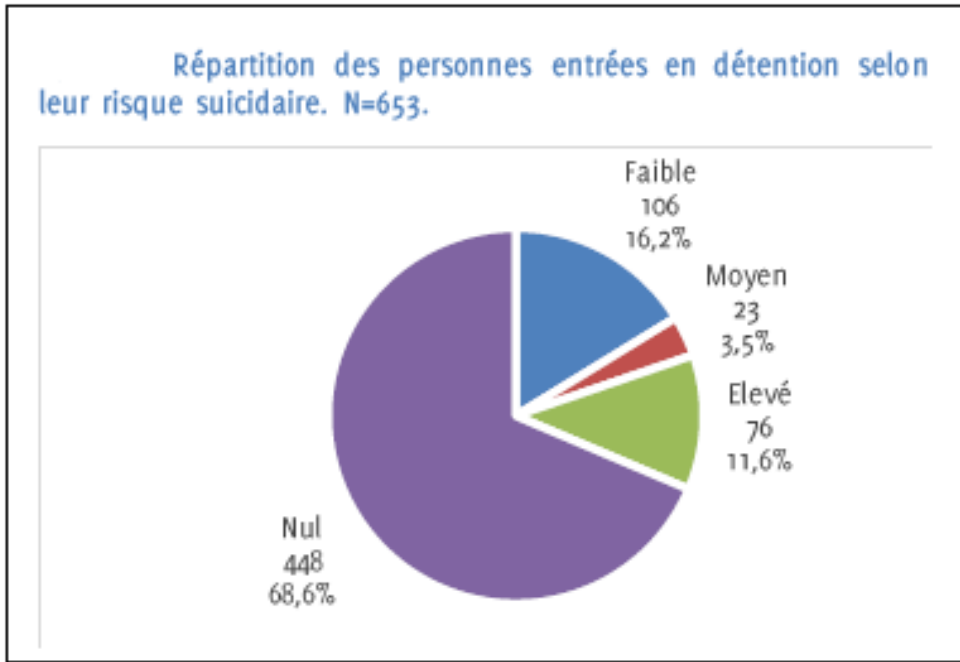


Figure 3

De même pour le risque suicidaire qui est retrouvé chez 31.3% des entrants. A noter que 11.6% des personnes détenues entrant en détention dans cette étude présentent un risque élevé de passage à l'acte suicidaire. (figure 3)

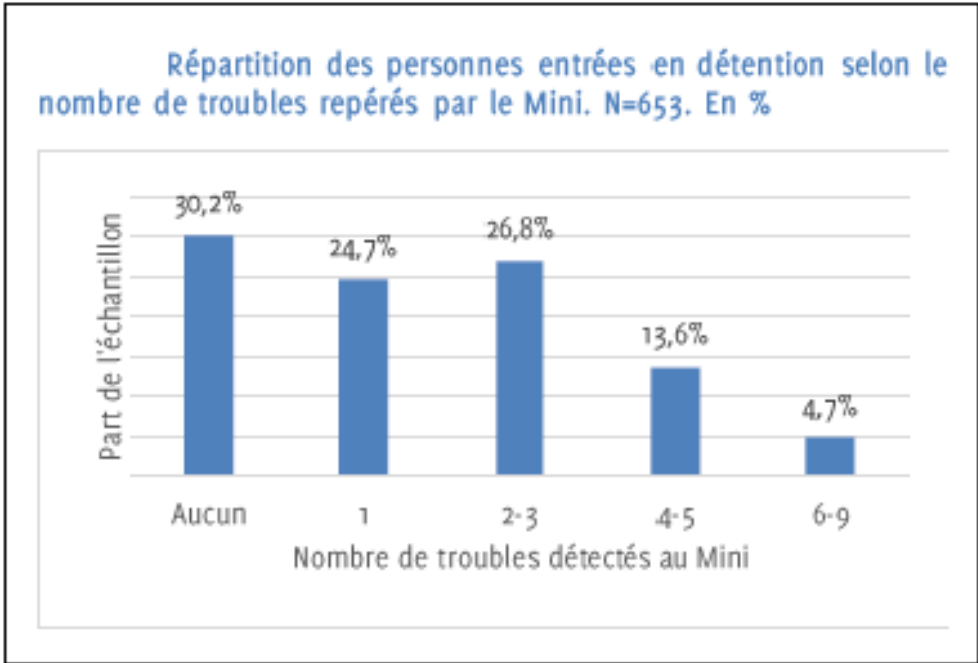


Figure 4

Comme déjà vu précédemment, 69.8% des entrants en détention présentent au moins un trouble psychiatrique repéré par le MINI. (figure 4)

E / Naissance et évolution des équipes mobiles de psychiatrie en France.

Il a fallu attendre 2005 et la Circulaire du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en Santé Mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'Equipes Mobiles Spécialisées en Psychiatrie (18), pour voir apparaître les premières Equipes Mobiles de Psychiatrie en France. Elles sont tout d'abord orientée pour les personnes en situation de précarité et d'exclusion afin d'apporter des soins aux personnes n'ayant pas la possibilité d'y accéder avec les moyens en place à cette époque. (19)

Le rôle des Equipes de Psychiatrie dans le champ de la précarité et de la lutte contre l'exclusion est justifié par (20) :

- L'importance de réintroduire la parole et l'écoute. Celle-ci ne s'opère pas toujours de façon directe en présence du patient, mais peut s'opérer dans l'aide apportée aux intervenants de première ligne, en leur permettant de se resituer dans leurs relations aux publics exprimant une souffrance (21);
- La possibilité, par le soutien et la formation des intervenants sociaux, de favoriser le repérage précoce des troubles psychiques et des besoins d'intervention, une orientation et un accompagnement adéquats vers le dispositif spécialisé ou non ;
- L'identification d'une pathologie psychosociale (dépersonnalisation, pathologies de la dépendance et de l'alcool, tentatives de suicide, états abandonniques et dépression) ;

- L'existence de situations aiguës, dans lesquelles la restauration de la dimension de la vie psychique est pour certains « grands exclus » la condition même de leur survie ;
- La présence de pathologies psychiatriques avérées dans les dispositifs sociaux ou en dehors de toute prise en charge.

Une Equipe Mobile de Psychiatrie repose sur le principe fondamental de « l'aller vers ». La première mission des Equipes Mobiles Spécialisées en Psychiatrie vise donc l'identification des besoins non repérés ou non pris en charge dans les dispositifs de « droit commun » tel le CMP, afin d'envisager l'orientation, les modalités d'accueil et l'aménagement de compétences spécifiques en faveur de ces publics.

Ces premières Equipes Mobiles Psychiatriques de précarité (22) ont donc permis d'organiser des parcours de soins permettant aux personnes en situation de précarité d'accéder aux soins et de bénéficier de prises en charge continues, et elles jouent un rôle dans la prévention des populations défavorisées.

Par la suite d'autres types d'Equipes Mobiles ont vu le jour :

- Les Equipes Mobiles de Psychogériatrie.(23) Leur but est de favoriser l'accès aux soins et la continuité des soins avec notamment le travail de lien avec les Equipes de Psychiatrie du secteur. L'objectif principal est de limiter l'hospitalisation des personnes âgées en Psychiatrie et donc d'éviter une chronicisation de cette population dans les Unités de Psychiatrie active afin qu'elle puisse être hébergée dans des structures plus adaptées. Ces Equipes Mobiles interviennent dans différents lieux que ce soit au domicile, dans les EHPAD, dans les services de Médecine de Centre Hospitalier ou dans des structures adaptées aux personnes âgées dépendantes.

- L'Equipe Mobile de crise et d'urgences.(24) Elles permettent d'améliorer l'accès aux soins et de proposer une alternative à une hospitalisation en Service de Psychiatrie Générale. Cette Equipe Mobile permet également d'accéder plus facilement aux non-demandeurs de soins. C'est une équipe qui fonctionne généralement avec une permanence de soins et qui se déplace au domicile du patient en crise ou en décompensation d'un trouble psychiatrique afin d'y apporter un début de prise en charge. Elle permet une meilleure orientation du patient dans son parcours de soins. Certaines Equipes Mobiles permettent également une « Hospitalisation à Domicile » avec passage d'infirmiers et de psychiatres plusieurs fois par semaine, voire par jour. (25)

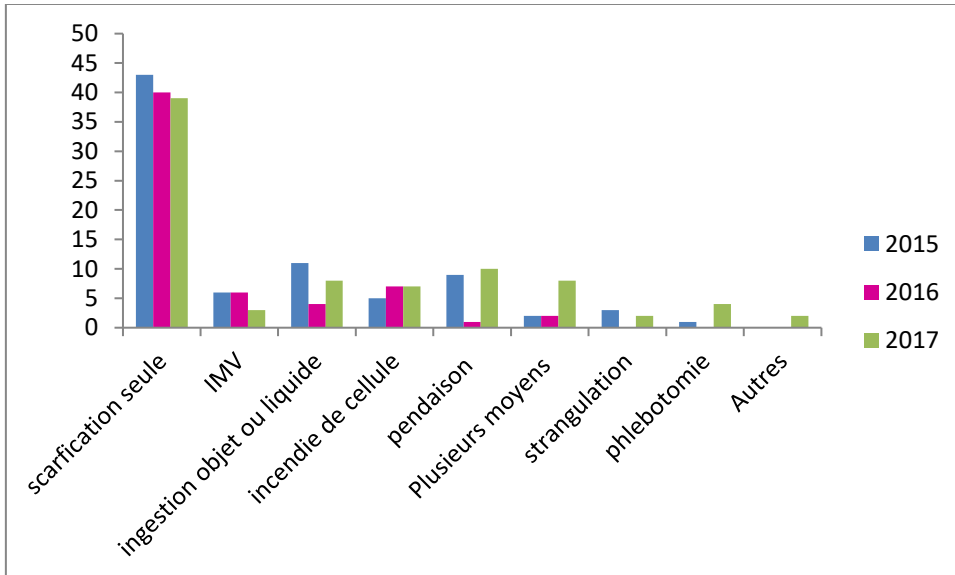
F / Spécificité de l'équipe mobile en milieu carcéral : exemple du dispositif existant au sein du Centre Pénitentiaire de Lille-Annœullin

- Le Centre Pénitentiaire de Lille-Annœullin : quelques chiffres

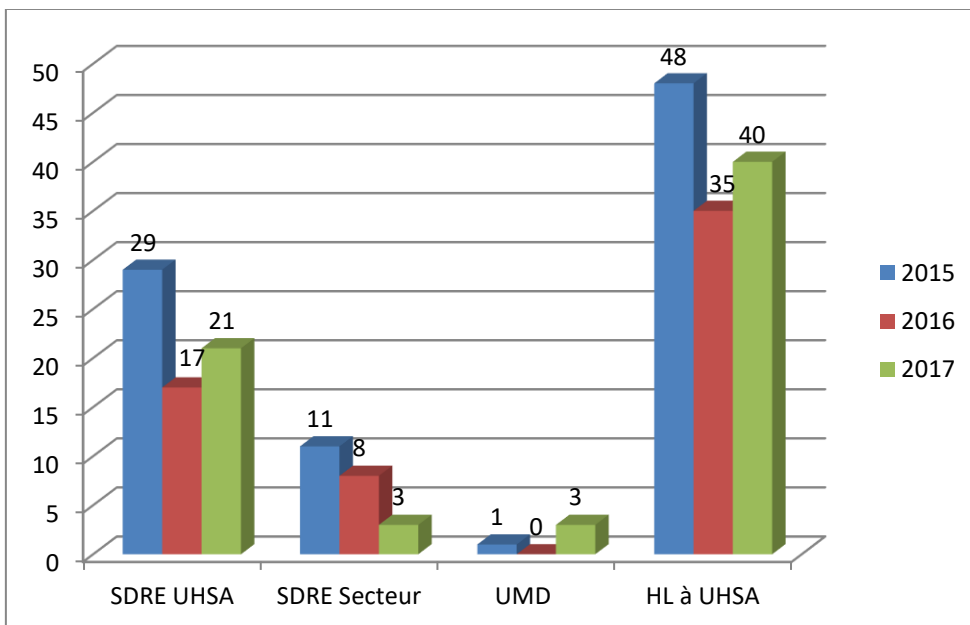
Concernant le risque suicidaire, en 2017, 83 tentatives d'autolyse ont été recensées dont 48 tentatives de phlébotomie ou scarifications, 10 tentatives de pendaison, 3 intoxications médicamenteuses volontaires, 8 ingestions de lames de rasoir, 8 incendies de cellule, 2 strangulations, 2 par violences avec objet et 7 par au moins 2 moyens différents. (figure 5)

On retrouve 40 hospitalisations en soins libres sur l'UHSA et 24 hospitalisations en SDRE (dont 3 sur un secteur de Psychiatrie Générale) (figure 6). Toujours en 2017, on retrouve 199

hospitalisations sur l'HDJ du SMPR (hospitalisations venant de toute la région des Hauts-de-France). Ce chiffre est en augmentation progressive depuis 2015.



Différents moyens de passage à l'acte suicidaire des détenus de la prison d'Annœullin.
N = 83 en 2017
Figure 5



Hospitalisations en Psychiatrie des détenus de la prison d'Annœullin.
N = 67 en 2017
Figure 6

- **Le binôme Urgence-Liaison : des soins psychiatriques mobiles au sein du CPLA**

L'Equipe Mobile psychiatrique du Centre Pénitentiaire de Lille-Annœullin se rapproche plus du fonctionnement d'une équipe mobile de crise et d'urgences mais a plusieurs spécificités.

Elle a été créée en 2013. Elle est constituée d'un binôme d'Infirmiers Psychiatriques qui travaillent en coordination avec les Psychologues et les Psychiatres sur le SMPR. Ils interviennent auprès des personnes détenues au sein même de leur cellule (ou tout du moins d'un bureau au plus proche de leur cellule) en gardant ce souhait de « l'aller vers ». Ils interviennent du lundi au vendredi et de 8h00 à 17h00. Ils se déplacent après réception d'un signalement par fax ou téléphone, signalement pouvant venir du patient lui-même, d'un surveillant pénitentiaire ou d'un soignant du dispositif psychiatrique ou somatique. Ils interviennent dans les 24h suivant le signalement (sauf les weekends ou leur passage est différé au lundi). Ils évaluent donc dans l'urgence la situation puis réalisent un travail de liaison auprès des soignants concernés par le patient-détenu (Psychologue, Infirmier ou Psychiatre) afin d'apporter une réponse au patient le plus rapidement possible et de façon la plus adaptée pour établir un projet de soins individualisé (modification de traitement, hospitalisation, rendez-vous médical ou psychologue plus rapide, etc...). Leur entretien permet également une évaluation du risque suicidaire. L'entretien est également un temps thérapeutique dédié au soutien, à l'aide et la réassurance selon une approche centrée sur le patient. Les motifs de signalement sont divers et variés et seront détaillés dans un chapitre suivant. Cependant tout signalement n'aboutit pas systématiquement au déplacement de l'Equipe Mobile auprès du patient. En effet, un travail de coordination et de liaison entre l'ensemble des Professionnels engagés dans la prise en charge du patient permet parfois de

répondre à la demande du patient, d'assurer la continuité des soins et de mettre en place un projet de soin adapté.

On ne retrouve pas dans la littérature l'existence d'Equipe Mobile de Psychiatrie au sein du milieu carcéral. Il existe probablement des fonctionnements d'unité similaire mais aucune Equipe Mobile et ses missions attenantes n'est clairement identifiée dans les Etablissements Pénitentiaires en France.

L'organisation des soins psychiatriques avec ce dispositif sur le Centre Pénitentiaire de Lille-Annœullin étant donc novateur dans ce domaine, l'objet de cette étude portera sur une analyse statistique descriptive de l'activité de ce binôme et de la population cible. En effet il semble intéressant de savoir, par exemple, quel type de pathologie sollicite le plus cette Equipe Mobile, quels motifs de signalement sont les plus retrouvés et plus globalement d'analyser la prise en charge de cette Equipe Mobile auprès des patients-personnes détenues de la prison d'Annœullin. Le but est d'essayer de décrire au mieux l'activité du binôme pour mieux en comprendre son fonctionnement et les besoins auxquels elle répond en pratique. Le questionnement de fond est l'intérêt de développer ce dispositif et de le généraliser.

II / ANALYSE DU DISPOSITIF ET DE L'ACTIVITE DU BINOME D'URGENCE-LIAISON DEVELOPPE AU SEIN DU CENTRE PENITENTIAIRE DE LILLE-ANNOUELLIN :

A / Matériels et Méthodes

La méthodologie de cette étude repose sur différents relevés de données. Tout d'abord, les patients sélectionnés ont été choisis parmi le recueil de données de l'activité du binôme de l'Equipe Mobile psychiatrique du Centre Pénitentiaire de Lille-Annœullin. Les relevés concernent tous les patients signalés auprès du binôme du 1^e Aout 2015 au 1^e Aout 2018 sur le Centre Pénitentiaire de Lille-Annœullin. Ces données ont ensuite été croisées avec celles tirées de la base informatique RIMM-Psy, obtenues auprès du Médecin DIM du CHU de Lille (le Dr Jusot). Cette base de données nous a permis de récupérer les codages diagnostics CIM-10 établis par le Psychiatre référent du patient lors de sa prise en charge globale (et non un codage réalisé lors de l'intervention de l'Equipe Mobile).

Par cette méthode, un recueil de 2282 actes a été obtenu, pour un total de 694 patients-personnes détenues différents. Ce recueil est inférieur aux chiffres attendus car il a fallu retirer 153 actes (pour 80 personnes différents) pour lesquels nous n'avions pas de diagnostic sur le RIM-Psy, mais également les relevés d'activité du binôme du 1^e Novembre 2017 au 1^e Avril 2018 car la recherche a été empêchée par un défaut d'accès à ces informations.

Aussi, nous avons pris la décision de retirer également des résultats toutes les activités de liaison avec les structures extérieures du Centre Pénitentiaire comme les relais et communications avec les CMP ou les synthèses cliniques réalisées au sein de l'UHSA (car les informations des patients qui nous intéressent n'étaient pas présents dans les recueils). Nous avons donc uniquement sélectionné ce que le binôme appelle une « démarche » ou un « entretien » correspondant à un acte réalisé dans les suites d'un signalement.

Dans les 2282 actes, il reste donc les interventions de l'Equipe Mobile auprès du patient ainsi que les démarches engagées (comme par exemple, avancer les rendez-vous médicaux, prévenir le Psychiatre référent de la situation, évaluer la situation à distance).

A partir de ces 2282 actes, nous nous sommes renseignés spécifiquement sur plusieurs indicateurs :

- l'âge des patients concernés.
- A partir de quel bâtiment du Centre Pénitentiaire les signalements étaient envoyés (Maison d'Arrêt, Centre de Détention, quartier disciplinaire ou quartier d'isolement, quartier arrivant).
- L'orientation du patient à la suite du passage du binôme, vers un Psychiatre, vers un Psychologue, vers un travailleur social ou vers une hospitalisation.
- Le motif de signalement a également pu être récupéré dans la base de données. Ils ont été classés en sept catégories : idées suicidaires, menace de passage à l'acte suicidaire, réévaluation de la prise en charge et de la thérapeutique, trouble du comportement, difficultés liées à l'incarcération et à l'adaptation au milieu carcéral, difficultés liées à la temporalité carcérale et problématique purement pénitentiaire.

- La provenance du signalement : via le Conseiller Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (CPIP), l'Administration Pénitentiaire, le dispositif de soins psychiatrique ou le dispositif de soins somatiques. Le dernier indicateur relevé grâce à la base RIMM-Psy est le ou les codes diagnostics CIM-10 de chaque patient pour chaque acte.

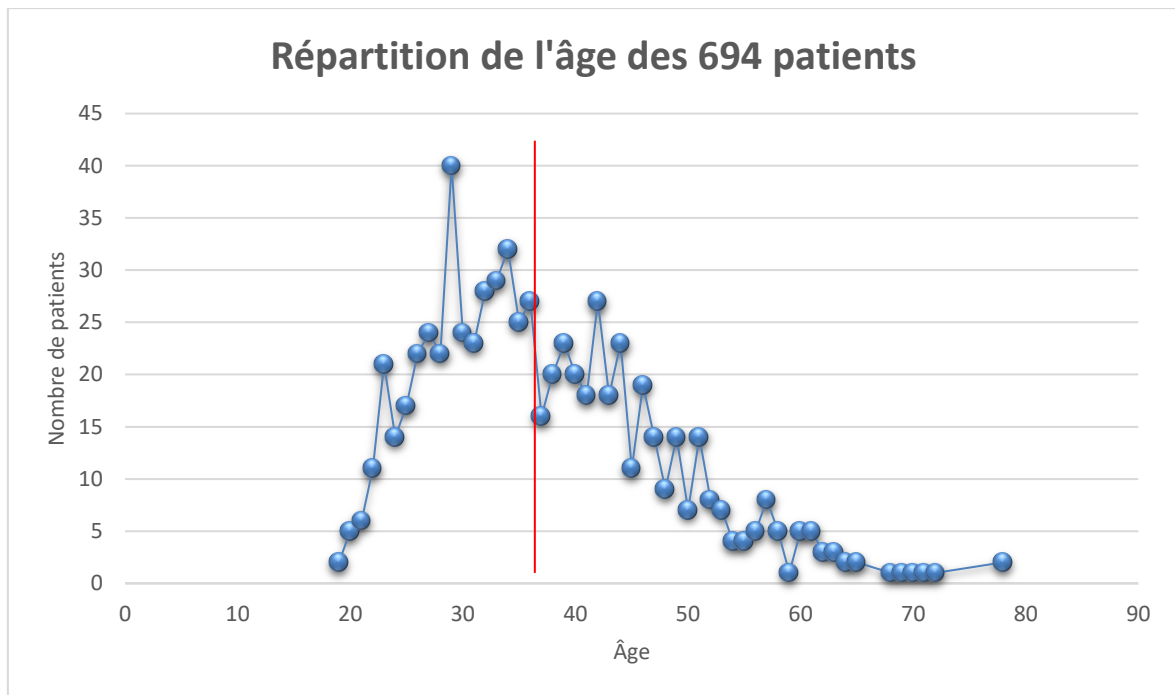
Notre travail a consisté en une analyse rétrospective de l'ensemble de ces données, disponibles sur 3 ans.

Pour finir, une analyse quantitative par un tri croisé des variables concernant les motifs de signalement et les diagnostics a été réalisée grâce à une formule statistique Chi2.

B / Analyse des résultats :

1/ Description de l'échantillon

Une base de données de 2282 actes pour 694 patients a été obtenue. Ce sont donc les actes réalisés par le binôme d'urgences-liaisons d'Aout 2015 à Aout 2018 sans les personnes exclues vues dans la partie méthodes.

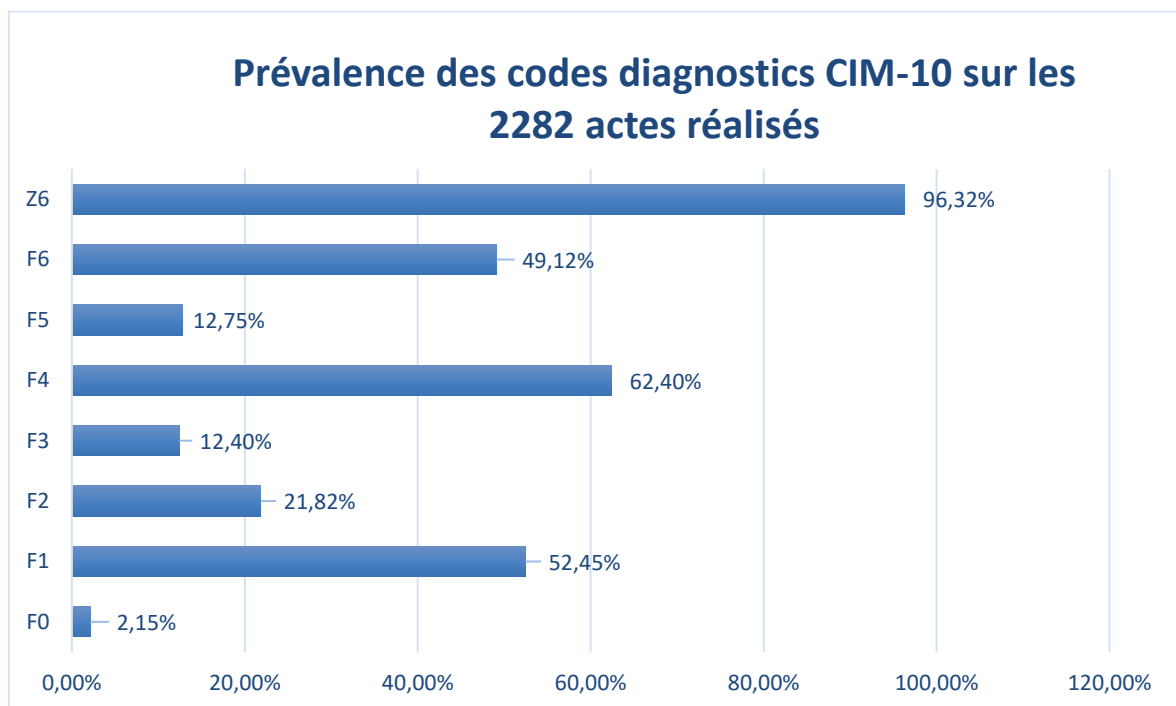


On note une répartition des âges (âge au moment de la rédaction de cette thèse et donc en 2019, prendre en compte plus ou moins 3 ans pour l'âge lors de l'acte) allant de 19 ans à 78 ans. On retrouve un âge médian de 36ans avec une moyenne d'âge de 37.37 ans. On note donc un âge médian supérieur à celui retrouvé dans la population carcérale nationale selon les chiffres du Ministère de la Justice qui était de 31.9 ans.

Les codes diagnostics CIM-10 ont été rassemblés par grandes catégories diagnostics afin de faciliter le relevé des données. Ainsi on appellera F0 tous les diagnostics CIM10 allant de F00 à F09 et représentant les troubles démentiels et trouble psychiatrique induit par une étiologie somatique. On appellera F1 tous les diagnostics allant de F10 à F19 et regroupant les troubles psychiatriques et comportementaux liés à l'utilisation des substances psychoactives. Les F2 regroupent les diagnostics de F20 à F29 et donc les troubles délirants, schizotypiques et schizophréniques. En ce qui concerne les F3, ils représentent les troubles

de l'humeur au sens large (épisode dépressif, trouble bipolaire), qui vont de F30 à F39. Les troubles anxieux et de l'adaptation qui sont habituellement situés entre F40 et F49 seront nommés F4. On retrouve en F5 les symptômes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et des perturbateurs physiques (notamment trouble de l'alimentation et trouble du sommeil). Puis la catégorie F6 qui représente au sens large tous les diagnostics de trouble de la personnalité.

Compte tenu de la particularité de l'environnement en prison, j'ai pris la décision d'inclure également comme diagnostic les codages CIM-10 Z60 qui représentent les difficultés liées à l'environnement (notamment carcéral).

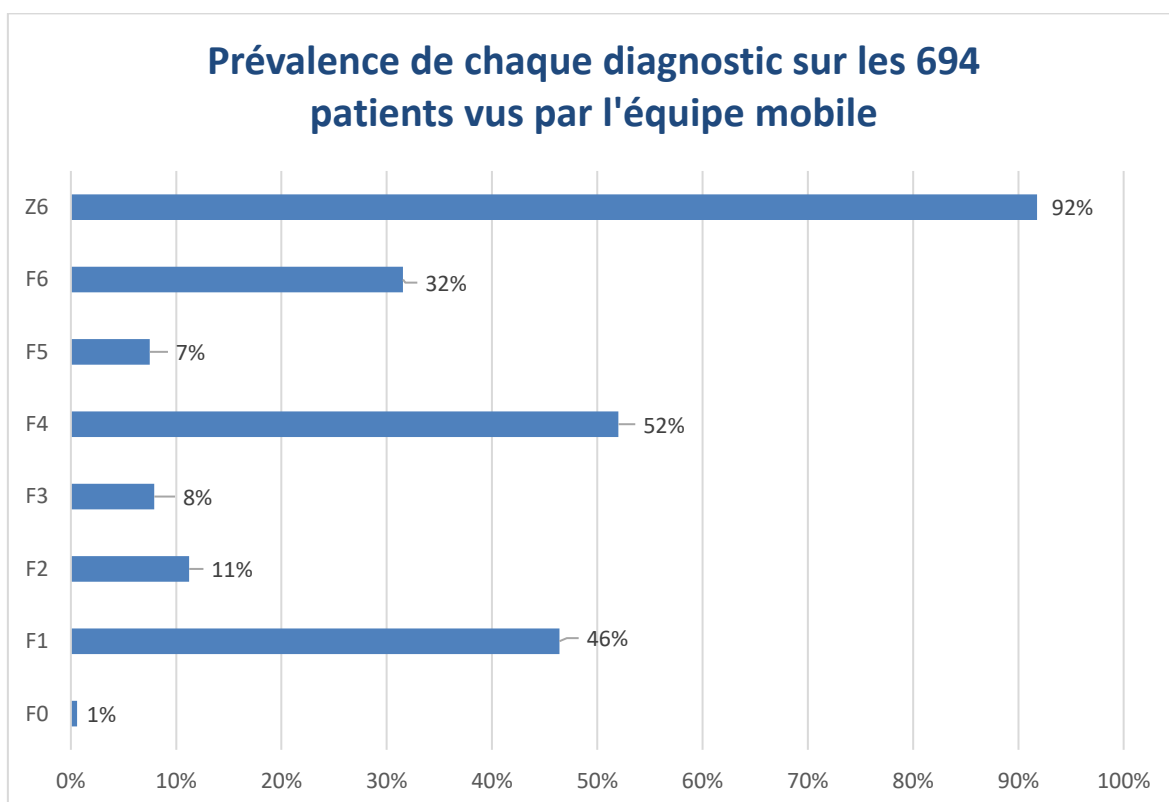


On retrouve donc dans les 2282 actes réalisés par l'Equipe Mobile psychiatrique de la prison de Lille-Annœullin les prévalences du tableau ci-dessus. Le codage diagnostic Z6 est le plus utilisé et concerne la quasi-totalité des actes.

Le second codage qui apparait le plus fréquemment est celui des troubles anxieux mais surtout les troubles de l'adaptation (sur les 1424 actes où le diagnostic F4 est posé, 1316 sont des F43 et donc des troubles de l'adaptation ou réaction à un facteur de stress sévère).

Les codages F1 et F6 apparaissent comme les deux autres codes les plus utilisés ensuite, il concerne chacun près de la moitié des actes avec 52.45% pour F1, on retrouve les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives. Les troubles de la personnalité F6 à 49.12% soit 1121 actes sur les 2282.

Avec un peu plus de 20% (21.82), on retrouve les troubles psychotiques. Puis à la suite on retrouve les troubles liés aux facteurs physiologiques et les troubles de l'humeur avec 12% chacun.

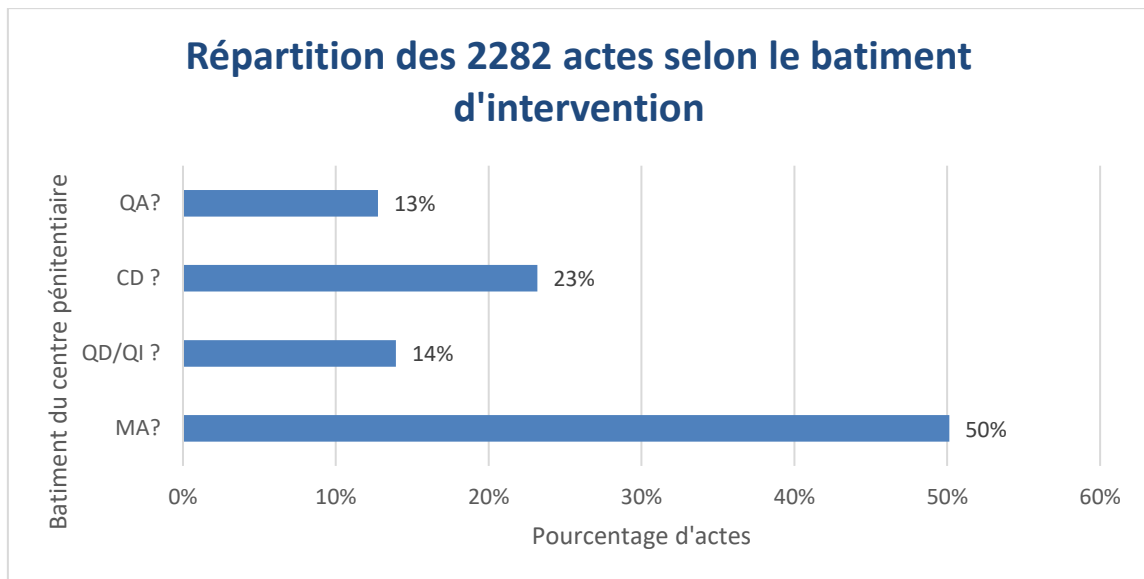


Sur ce graphique, on peut voir que selon le nombre de patients vus (et non plus le nombre d'actes), soit 694 patients, on retrouve un profil de répartition similaire. La prévalence de Z6 chez ces patients est de 92%. Les prévalences qui arrivent ensuite sont celles du diagnostic F4 (52%), puis F1 (46%) et F6 (32%). On retrouve ensuite en plus faible pourcentage les diagnostics F2 (11%) puis F3 et F5 (respectivement 8 et 7%).

2/ Répartitions des actes selon les bâtiments où sont hébergées les personnes détenues.

Une fois ces analyses descriptives plus générales obtenues, nous nous sommes plus focalisés sur les prévalences des différents indicateurs recherchés. Nous avons donc pour commencer la répartition des actes réalisés par l'Equipe Mobile selon le bâtiment dans lequel était incarcéré le détenu.

Pour rappel, la Maison d'Arrêt est consacrée privilégiement aux petites peines ou aux personnes détenues en préventif (en attente de jugement). On y retrouve donc plutôt des personnes en début de peine ou en peine courte (maximum deux ans). Le Centre de Détention est lui pour les personnes détenues jugées et ayant une peine longue (peine supérieure à deux ans et dont les perspectives de réinsertion sociale sont les meilleures). Nous avons pris le choix de rassembler les personnes détenues en quartier d'isolement et en quartier disciplinaire car elles se situent au même endroit dans la prison de Lille-Annœullin et la principale différence par rapport aux autres bâtiments est la même : l'isolement (punitif ou par sécurité). Pour finir il y a le quartier d'arrivants où se trouvent les personnes détenues en tout début de leur incarcération (de quelques jours à un mois maximum).



Sur ce graphique, on remarque que la moitié des interventions du binôme d'urgences se déroulent au sein des Maisons d'Arrêt.

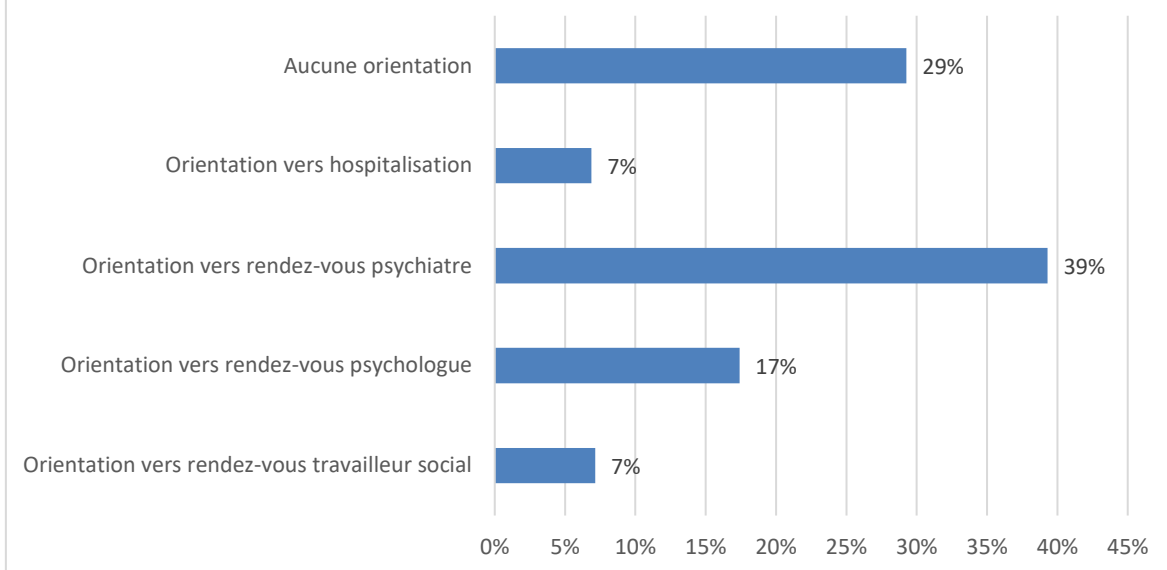
On retrouve en 2^e position d'intervention le Centre de Détention avec 23% des actes qui y sont réalisés.

En 3^e position avec 14% des actes réalisés, soit 318, on retrouve les quartiers disciplinaires et d'isolement.

Le quartier arrivant est donc concerné par 13% des actes réalisés durant l'étude.

3/ Répartitions des actes selon l'orientation du détenu à la suite du passage de l'équipe mobile.

Répartition des 2282 actes selon l'orientation après intervention



Sur ce graphique, nous avons voulu savoir comment étaient orientés les patients par l'Equipe Mobile à la suite de son intervention auprès du détenu. Les orientations vers un professionnel sont :

- Soit la prise d'un nouveau rendez-vous,
- Soit l'avancement d'un rendez-vous déjà existant
- Ou soit l'intervention du professionnel auprès du détenu lors de l'intervention de l'Equipe Mobile.

On peut voir que le pourcentage le plus élevé des orientations est le rendez-vous avec le Psychiatre. En effet, 39% des actes soit 897 actes sont conclus par un relai vers le Psychiatre référent (ou qui va le devenir lors d'un premier contact).

En deuxième position nous retrouvons l'absence d'orientation avec 29% des actes (soit 668 actes). C'est lorsque l'intervention seule de l'équipe a permis une prise en charge

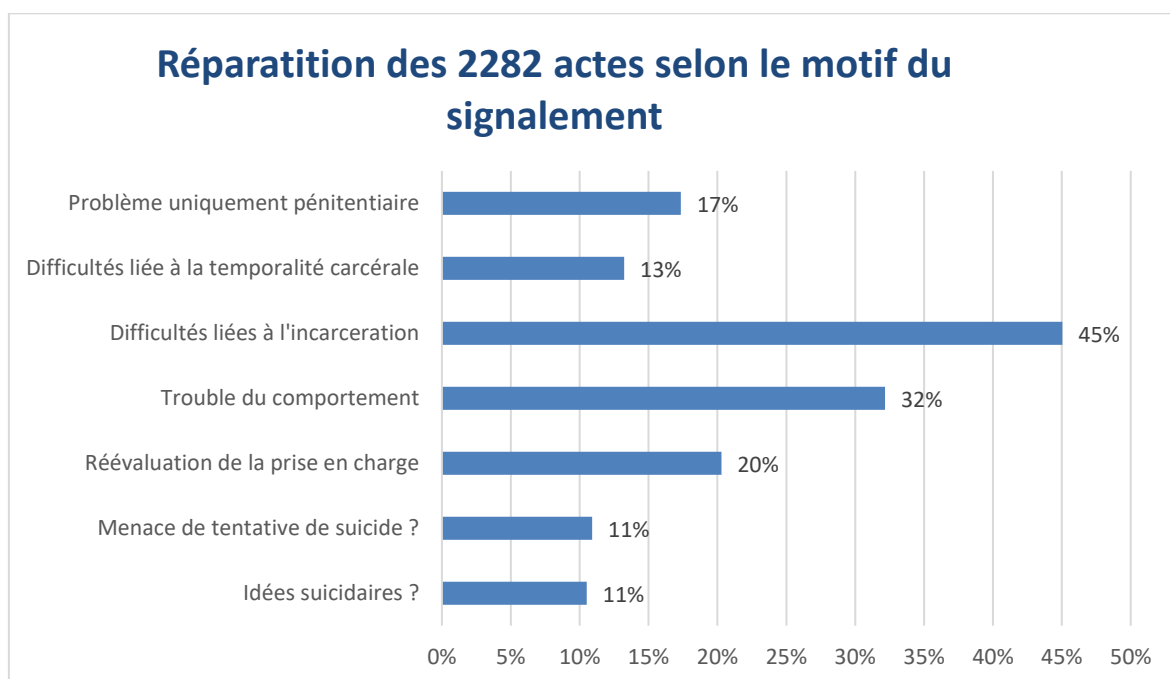
suffisante du détenu et que celui qui n'a pas besoin d'un rendez-vous plus rapide ou d'une prise en charge plus orientée vers un professionnel. On voit donc que près d'un acte sur trois est réglé par l'intervention du binôme.

Par la suite on retrouve l'orientation vers le Psychologue référent avec 17% des actes (soit 397actes) qui se terminent ainsi.

7% des actes (soit 163 actes) se concluent par un rendez-vous avec un travailleur social (aussi bien Assistante Sociale qu'Educateur Spécialisé).

Il est intéressant de noter que seulement 7% des actes se concluent par une hospitalisation (qui concerne aussi bien à l'UHSA, qu'en HDJ SMPR, ou en Psychiatrie Générale ou un transfert aux urgences somatiques du CHU de Lille).

4/ Répartitions des actes selon le motif du signalement à l'équipe mobile



Sur ce graphique, on s'intéresse au motif de départ du signalement. J'ai regroupé les signalements en sept catégories. A noter qu'on retrouve en moyenne pour chaque intervention du binôme 1.5 motifs de signalement.

Une distinction existe entre les idées suicidaires et les menaces de tentative de suicide.

Ce qui est regroupé dans les idées suicidaires :

- Le fait de verbaliser des idées suicidaires, scénarisées ou non.
- Les personnes détenues placées en CPRO-U par l'Administration Pénitentiaire (qui est une cellule sécurisée où sont mises les personnes détenues à risque suicidaire élevé selon l'Administration Pénitentiaire)

Ce qui est regroupé dans les menaces de tentatives de suicide :

- Les menaces réelles de passage à l'acte avec scénario, létalité du geste et accès au moyen suicidaire.
- Les chantages avec menace suicidaire afin d'obtenir une faveur (pénitentiaire ou hospitalisation)
- Les scarifications ou tentatives de passage à l'acte non abouties ou arrêtées par une personne tierce.

On retrouve dans les réévaluations de prise en charge :

- Les réévaluations thérapeutiques avec introduction, arrêt ou modification de traitements psychotropes
- Les modifications de délivrance du traitement par les soignants (quotidien, biquotidien, hebdomadaire)
- Les refus de traitement et notamment les refus d'effectuer une injection d'antipsychotique retard

- Les réévaluations de l'intérêt et de la motivation du patient pour intégrer une hospitalisation « sessions » sur l'HDJ du SMPR (il existe deux sessions sur l'HDJ : session travail sur les addictions ou session appropriation du diagnostic)

On retrouve dans les troubles du comportement :

- Les agitations psychomotrices
- Les oppositions actives ou passives face aux soignants ou à l'Administration Pénitentiaire
- Les mésusages de traitement
- Les refus alimentaires
- Les bizarreries du comportement ou du langage
- Les syndromes de sevrage bruyants
- Les exhibitions sexuelles et détenu restant dénudé
- Les feux de cellule
- Les refus de soins

On retrouve dans les difficultés liées à l'incarcération :

- Les chocs carcéraux
- Les insomnies secondaires au bruit de la prison
- L'angoisse et la peur d'une sortie de prison proche
- Le manque de contact avec l'extérieur
- Les événements de vies négatifs venant de l'extérieur (décès ou maladie dans la famille)
- L'annonce d'une maladie grave au détenu

On retrouve dans les difficultés liées à la temporalité carcérale :

- L'attente d'une date de rendez-vous (Médecin Généraliste, Psychiatre, Dentiste, Psychologue...)
- La non-venue à un rendez-vous car le patient était au travail et donc plus de nouveau rendez-vous.
- L'attente de nouvelles de l'extérieur entre les temps de contacts extérieurs
- Intervention sur inquiétude du Médecin si patient non présent en entretien médical.

Pour finir, on retrouve dans les problèmes pénitentiaires :

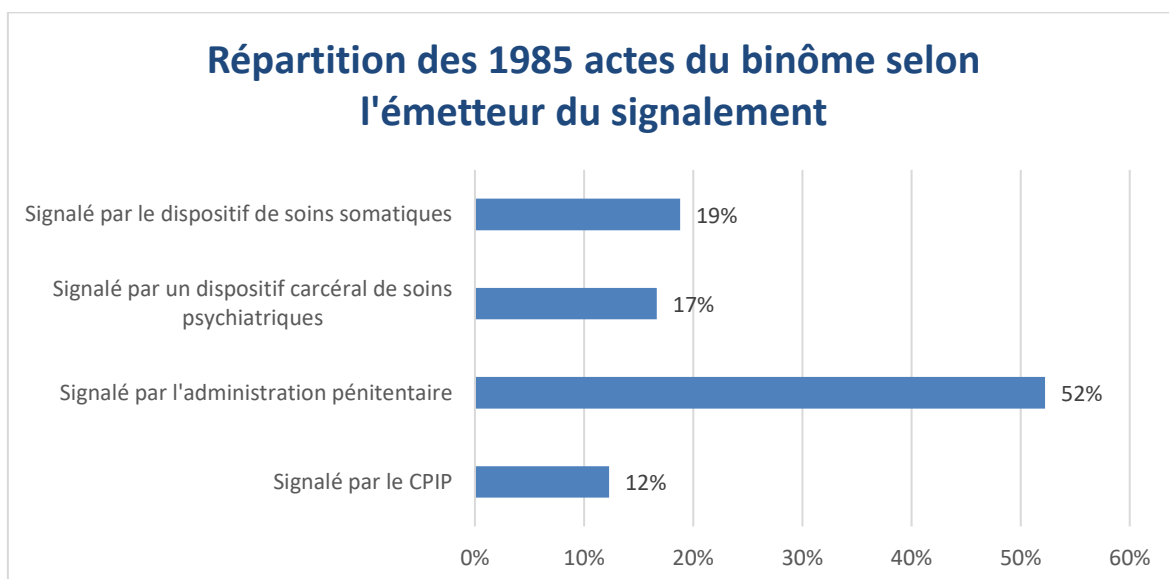
- Les conflits avec codétenu ou l'Administration Pénitentiaire
- L'allongement de la peine initiale
- L'absence de parloir ou de cantine
- Les transferts entre Centres Pénitentiaires non désirés
- Le souhait d'intégrer un autre bâtiment ou une autre prison

On retrouve en première position la difficulté liée à l'incarcération et à l'adaptation au milieu carcéral avec 45% des actes de l'Equipe Mobile qui sont concernés. Puis avec 32% des actes concernés, on retrouve les troubles du comportement. Avec 20% des actes concernés, on retrouve les réévaluations et réadaptation de la prise en charge.

Avec 17% des actes concernés on retrouve les difficultés et les problèmes uniquement pénitentiaire (et donc sans motif psychiatrique). Avec 13% des actes concernés, on retrouve les difficultés liées à la temporalité carcérale.

Avec 11% chacun on retrouve les idées suicidaires et les menaces de passage à l'acte suicidaire.

5/ Répartitions des actes selon l'origine du signalement



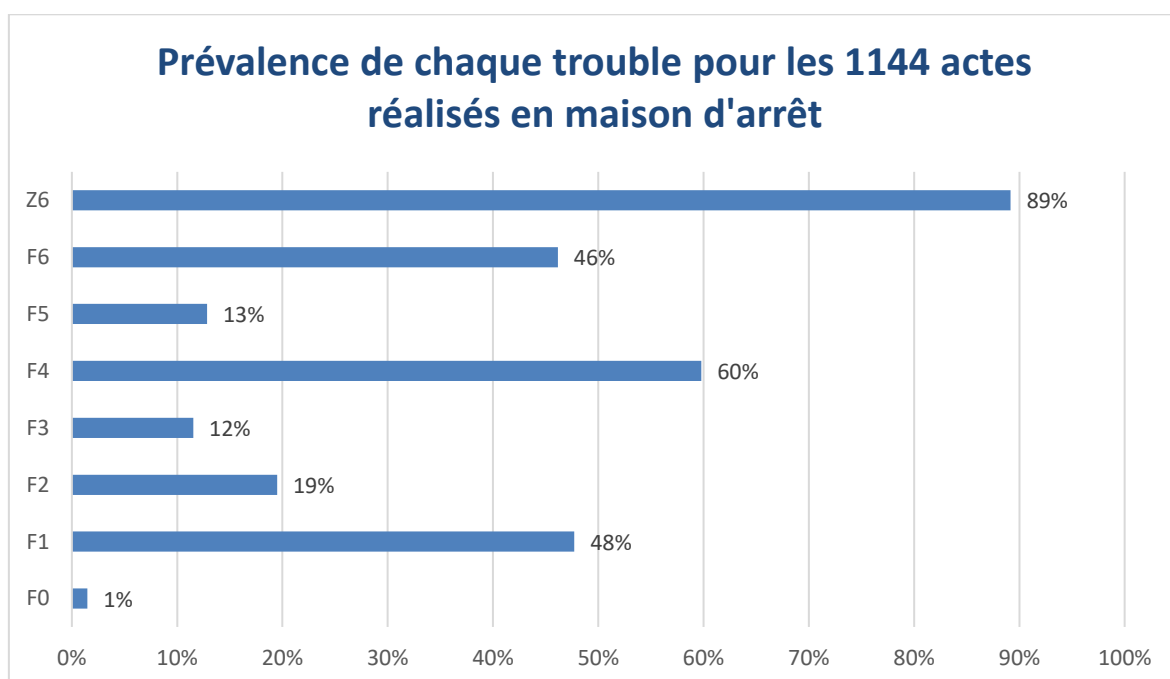
Dans ce diagramme, on s'intéresse à la personne à l'origine du signalement établi auprès de l'Equipe Mobile d'Urgences Psychiatriques. (le nombre d'actes est inférieur que pour les autres indicateurs dû à une impossibilité de retirer ces données pour 297 actes).

On retrouve donc pour plus de la moitié des signalements (et donc des interventions du binôme), l'Administration Pénitentiaire (et en partie indirectement les personnes détenues) avec 52% des actes soit 1037 actes. Suivi par le dispositif de soins somatiques (anciennement UCSA) qui est responsable de 19% des signalements ayant conduit une intervention du binôme.

Ensuite apparait le dispositif de soins psychiatrique qui a émis 17% des signalements aboutissant par une intervention de l'Equipe Mobile.

Le Conseiller Pénitentiaire d'Insertion et de Propagation est responsable de 12% des signalements ayant nécessité une intervention.

6/ Répartitions des actes selon les codes diagnostics et les bâtiments d'hébergement.



Ce graphique représente les prévalences de chaque code diagnostique pour les 1144 actes réalisés au sein de la Maison d'Arrêt du Centre Pénitentiaire de Lille-Annœullin.

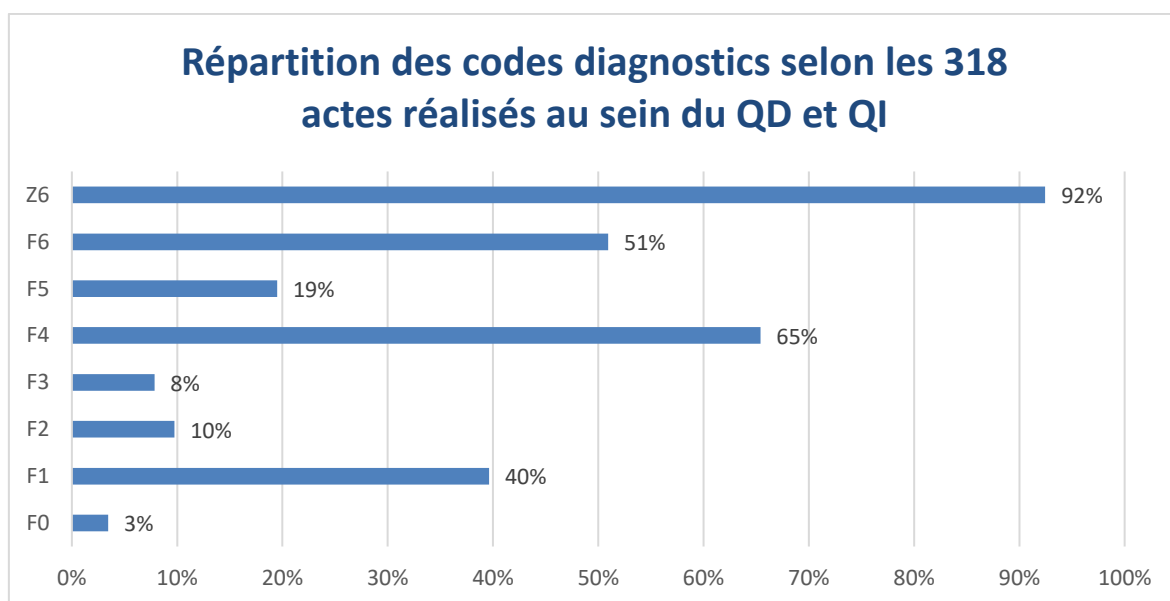
On retrouve une très grande majorité de diagnostic Z6 (difficultés liées à l'environnement) avec 89 actes sur 100.

En deuxième position nous retrouvons les troubles anxieux et de l'adaptation F4 avec 60% des actes concernés par ce diagnostic soit 60% des actes (un peu moins de deux tiers).

Puis on retrouve deux prévalences proches, 48% pour les troubles liés aux addictions et utilisation de produits psychoactifs et 46% pour les troubles de la personnalité.

Pour finir on retrouve 19%, soit presque 2 interventions sur 10, qui concernent un trouble psychotique ou de la sphère schizophrénique. Les troubles de l'humeur et liés à des facteurs physiologiques suivent derrière avec respectivement 12% et 13%.

F0 représente 1% des actes réalisés par l'Equipe Mobile.

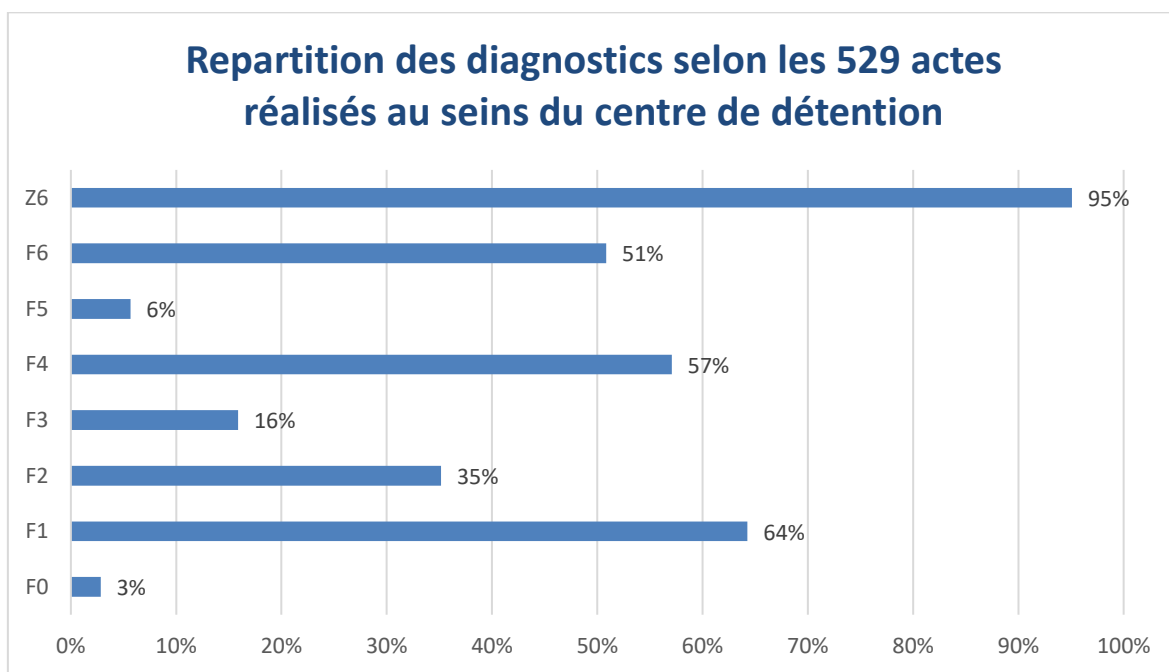


Pour ce graphique qui concerne les personnes détenues en quartier disciplinaire et quartier d'isolement, on retrouve de nouveau un fort pourcentage de diagnostic Z6 avec 92% des actes qui sont concernés par cette problématique.

De plus, on retrouve également en deuxième position le diagnostic F4 avec 65% des actes concernés. Puis on retrouve F6 avec un peu plus d'un acte sur deux qui est réalisé auprès d'un détenu souffrant d'un trouble de la personnalité (51%) et F1 avec 4 actes sur 10 (40%).

De nouveau les trois dernières prévalences concernent F5 (19%), F2 (10%) et F3 (8%).

Le diagnostic F0 concerne lui 3% des actes réalisés par le binôme au sein du QD ou du QI.

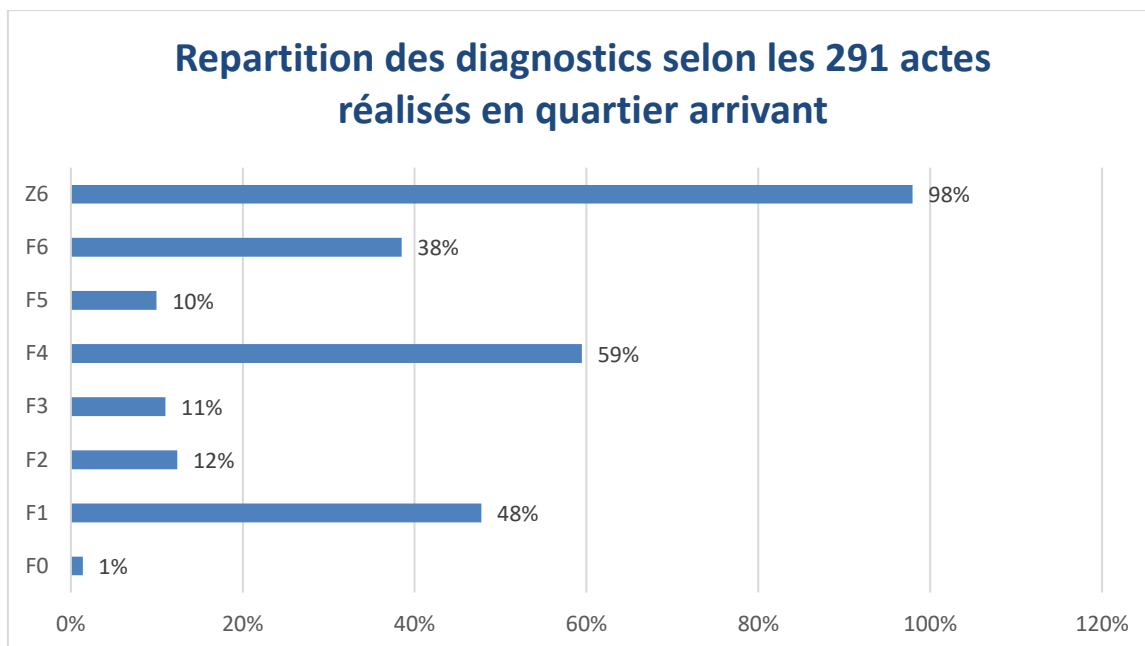


Pour ce qui concerne les 529 actes réalisés au Centre de Détention, la prévalence la plus importante est de nouveau Z6 avec 95% des actes concernés.

Puis de nouveau les trois diagnostics F1 (64%), F4 (57%) et F6 (51%). De nouveau on peut donc voir qu'au moins un acte sur deux concerne au moins un de ces trois diagnostics.

On retrouve 35% des actes qui sont concernés par ce groupe de pathologies.

Arrive ensuite F3 avec 16%, F5 avec 6% et F0 avec 3%.



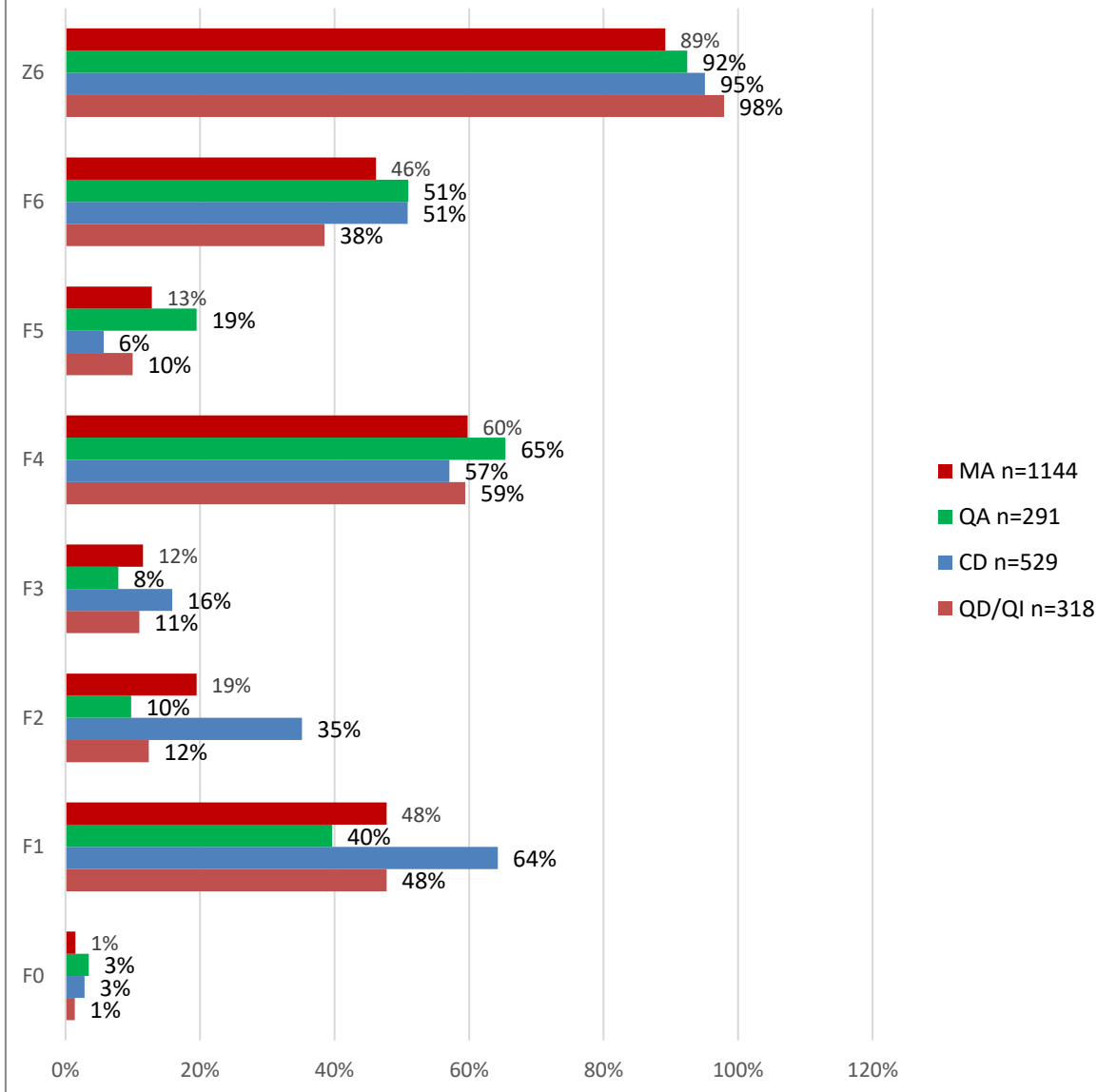
Pour finir, en ce qui concerne les 291 actes réalisés au sein du quartier arrivant, on retrouve un graphique d'allure similaire. Z6 est toujours représenté dans la très grande majorité des actes avec 98% des actes. Suivi par F4 avec 59% des interventions du binôme d'urgences.

Puis on retrouve F1 avec 48% et F6 avec 38%.

A répartition quasi équivalente, on retrouve 12% de F2, 11% de F3 et 10% de F5.

Enfin on a 1% des actes réalisés qui concerne le diagnostic F0.

Répartition des codages diagnostiques selon le bâtiment d'hebergement de la personne détenue.

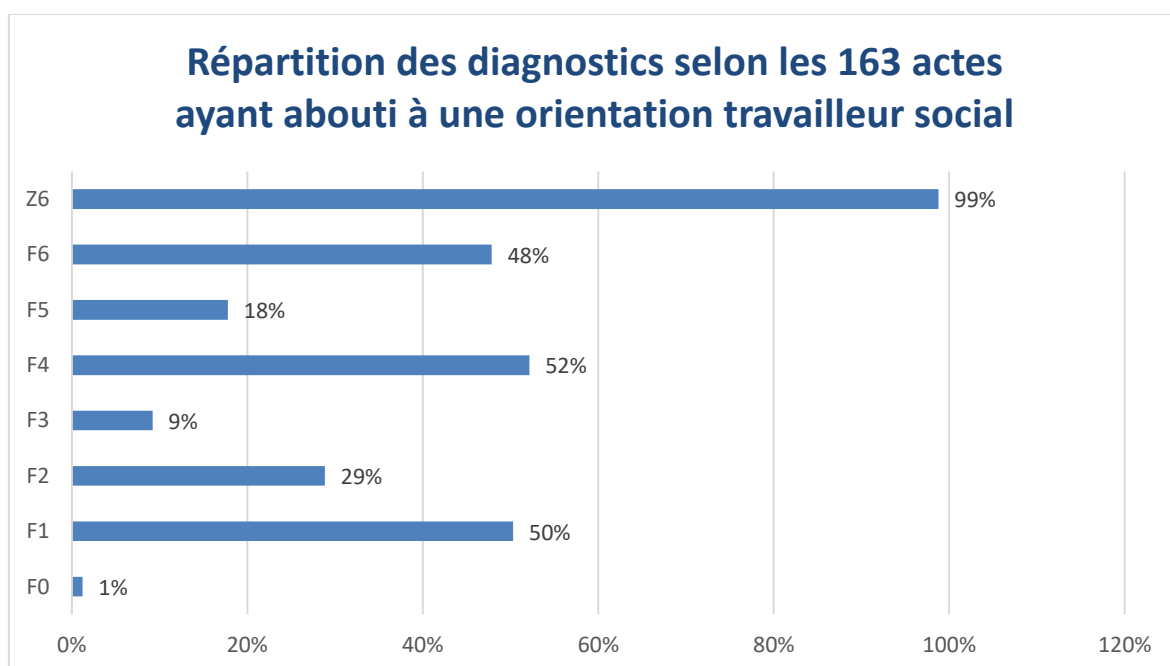


Les groupes n'étant pas tous de taille (n=) égale et n'ayant pas été appariés, nous ne pouvons pas faire d'analyse qualitative de ce graphique.

Cependant, nous pouvons quand même remarquer une allure similaire des prévalences pour chaque bâtiment. Effectivement, nous retrouvons constamment une majorité de diagnostic Z6, et une prévalence approchant ou dépassant les 50% pour les F1, F4 et F6.

La seule différence descriptive que l'on peut voir est une prévalence plus importante du diagnostic F1 et du F2 pour les actes réalisés au sein du Centre de Détention.

7/ Répartitions des actes selon les codes diagnostics et les orientations à la suite de l'acte



Sur ce graphique, on s'intéresse à voir la répartition des codes diagnostics selon les actes qui ont abouti sur une orientation vers un travailleur social (Assistante Sociale, Educateur).

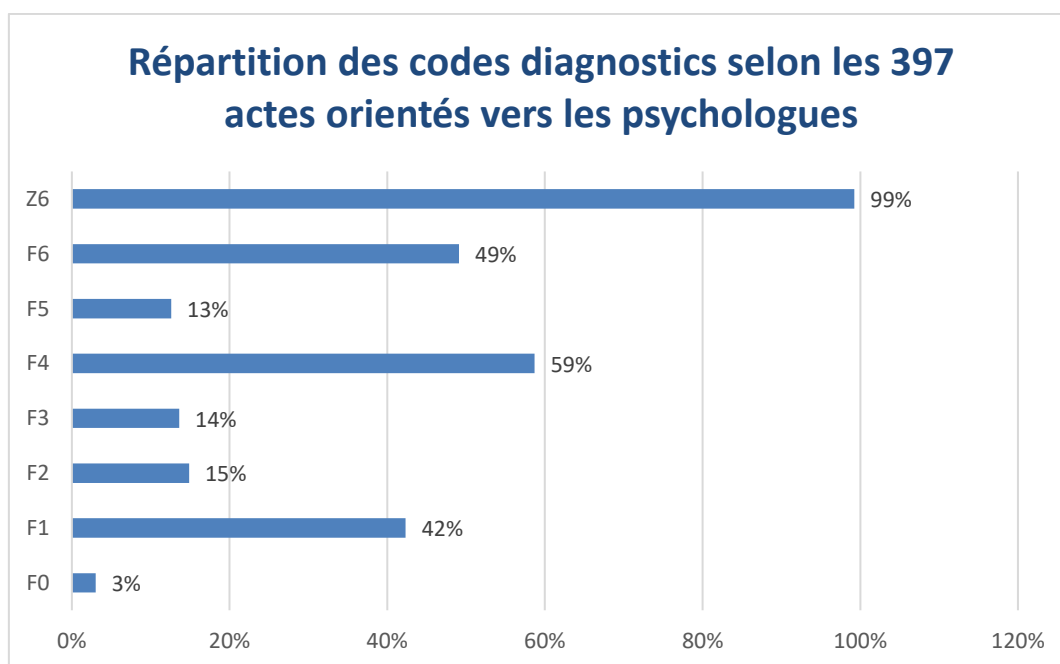
On retrouve une répartition avec une prévalence importante du diagnostic Z6 à 99% soit la quasi-totalité des patients (161 actes pour 163 au total).

Puis nous retrouvons le diagnostic F4 à 52% et celui de F1 à 50%. On voit donc que la moitié des actes orientés travailleur social concerne un trouble anxieux ou de l'adaptation

ou un trouble lié aux addictions. On peut presque dire de même pour le diagnostic F6 qui est de 48%.

Par la suite, nous retrouvons un taux de 29% pour le code diagnostic F2. Un peu moins d'un tiers des actes orientés travailleur social concernent donc un trouble de la sphère schizophrénique.

Pour finir nous retrouvons les codes diagnostics F5 à 18%, F3 à 9% et F0 à 1%.



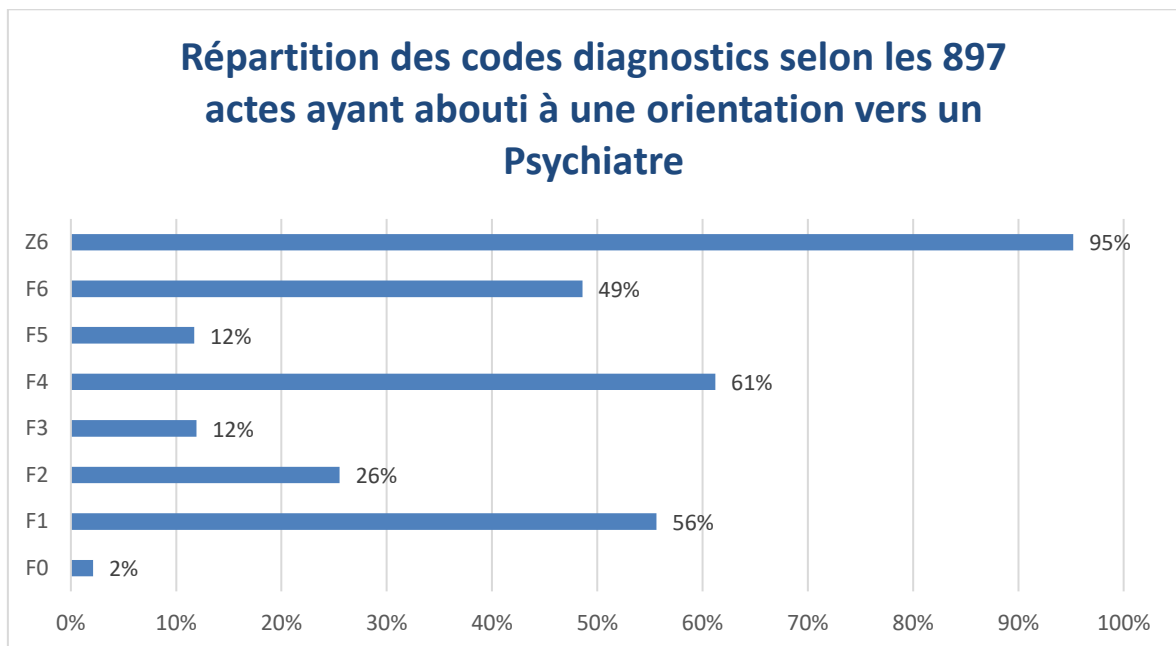
En ce qui concerne la répartition des codes diagnostics selon les actes qui aboutissent sur une orientation psychologue, on retrouve les mêmes quatre premières prévalence.

En effet, on retrouve avec 99% et donc la quasi-totalité des actes orientés vers un Psychologue le code diagnostic de difficultés liées à l'environnement social et donc carcéral.

Puis avec 59% on retrouve les actes concernant les troubles anxieux et de l'adaptation.

Suivi avec 42% des troubles liés aux produits addictifs et psychoactifs F1.

A répartition presque équivalente on retrouve le code diagnostic F2 à 15%, F3 à 14% et F5 à 13%. Le taux d'actes orientés psychologue et concernant le diagnostic F0 ferme la marche avec 3%.



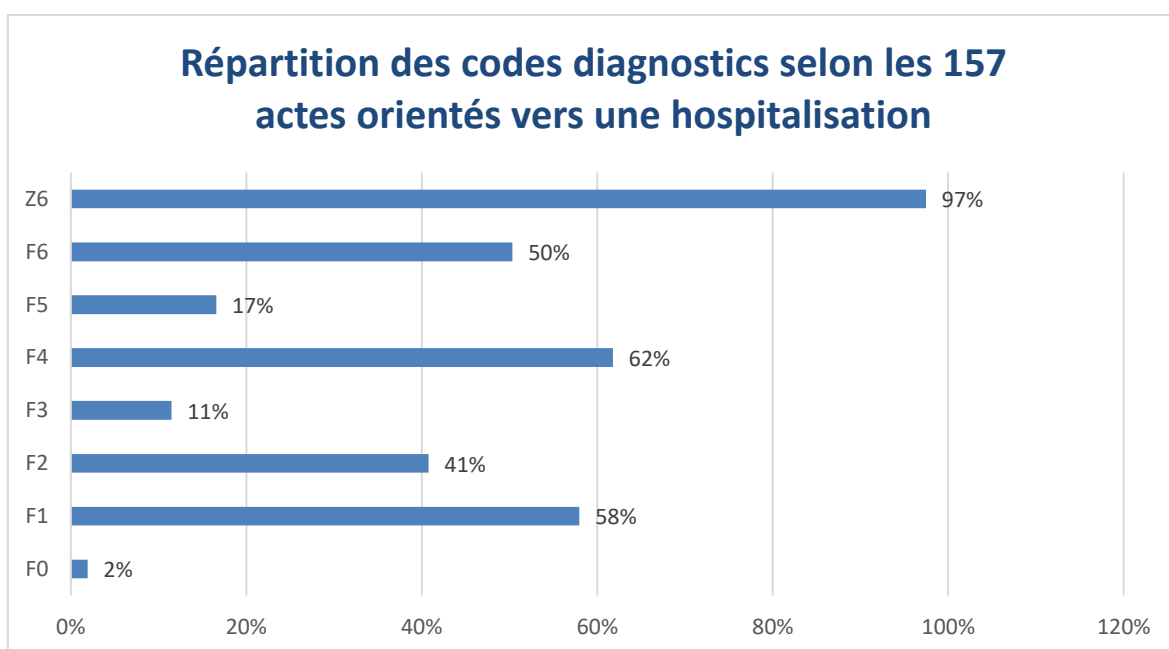
Sur ce graphique, on se concentre sur la répartition des codes diagnostics selon les actes qui ont abouti à une orientation ou un entretien rapproché avec le Médecin Psychiatre.

On retrouve une répartition d'allure similaire à deux autres orientations vues précédemment.

Avec un taux de 95%, on retrouve les actes ayant aboutis à un entretien avec le Psychiatre pour un trouble concernant le code diagnostic Z6.

Pour un peu plus de 6 actes sur 10 (61%) on retrouve les actes concernant le code diagnostic F4 et donc les troubles anxieux et de l'adaptation. Suivi de manière très rapprochée par le code F1 avec 59% et puis le code F6 avec 49%.

De manière un peu plus élevée qu'auparavant on retrouve un pourcentage de F2 à 26% soit plus d'un acte sur quatre. Enfin, on peut voir que les codes diagnostics F5 et F3 sont tous les deux à 12%.



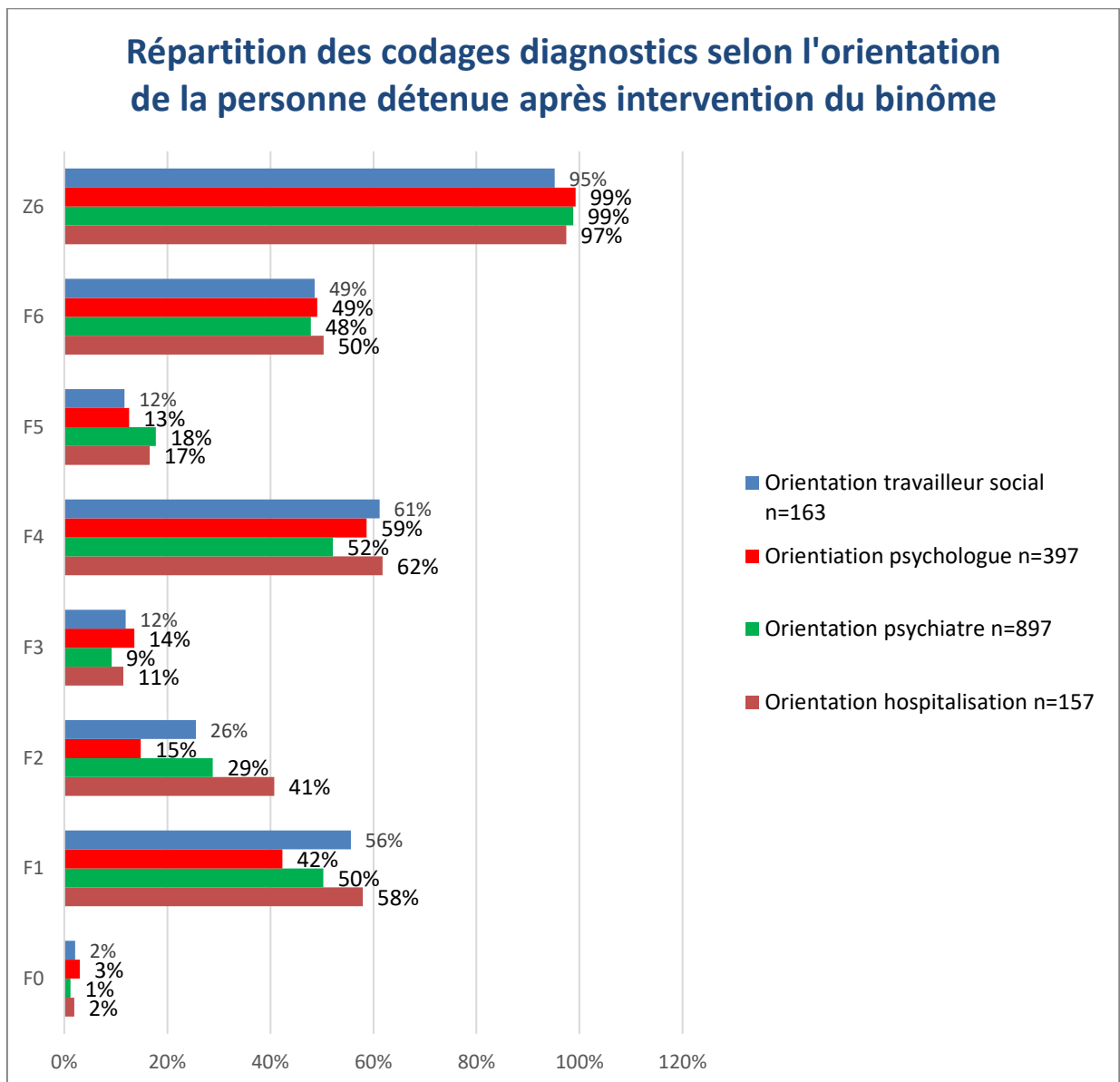
Sur ce graphique, on peut retrouver les répartitions des codes diagnostics pour tous les actes de l'Equipe Mobile ayant abouti sur une hospitalisation (soit directement en Psychiatrie, soit un passage aux urgences somatiques).

Avec 97% on peut voir que le diagnostic Z6 touche de nouveau la quasi-totalité des actes concernés.

Puis on retrouve quatre taux assez rapprochés. Le code diagnostic F4 avec 62%, le code F1 avec 58% et le code F6 avec 50%, soit un acte sur deux. On retrouve aussi F2 avec 41% soit 4 actes sur dix ayant conduit à une hospitalisation concernant des patients souffrant de schizophrénie ou troubles délirants.

Avec 17% des actes ayant conduits à une hospitalisation, on retrouve le code diagnostic F5 concernant les troubles liés à un facteur physiologique. Le code diagnostic F3 est lui retrouvé dans 11% des actes concernés.

Pour conclure, on retrouve un taux de 2% qui concerne les troubles démentiels F0.



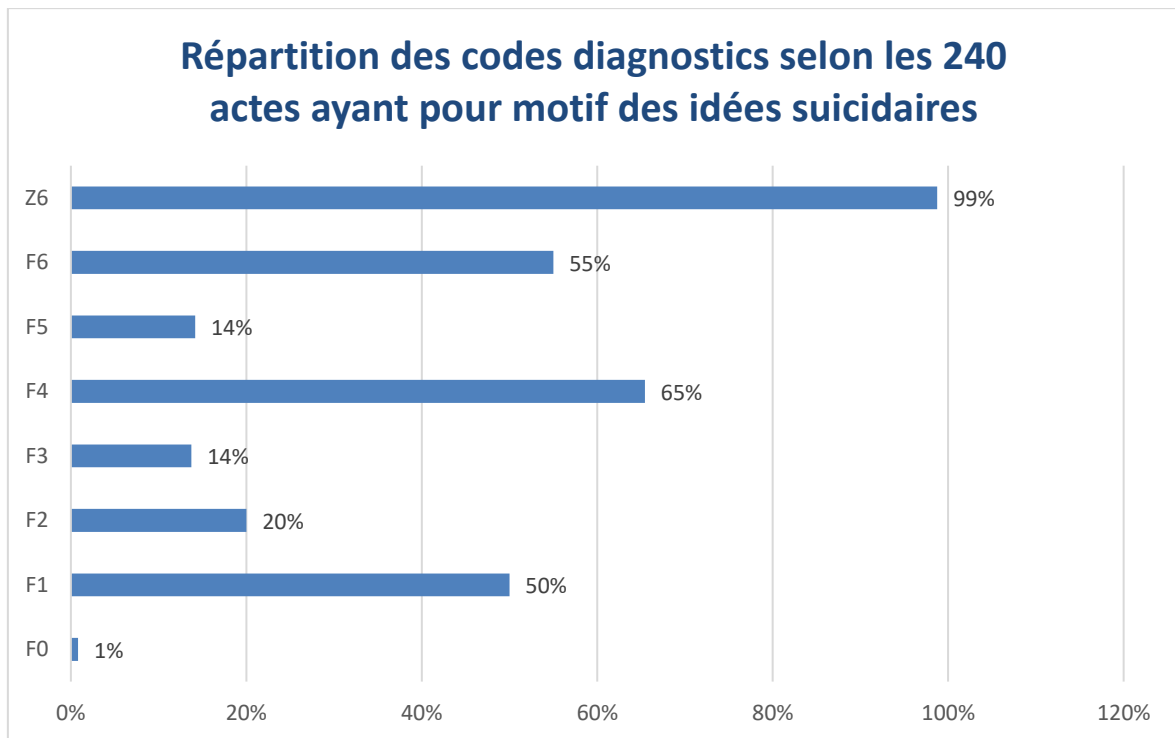
De même que pour le précédent graphique rassemblant les quatre variables de l'orientation, ce tableau ne peut être décrit que de manière descriptive, les effectifs étant différents et non appariés entre eux.

Cependant on peut voir une répartition presque similaire entre chaque orientation.

La seule différence visible est pour le code diagnostic F2 qui est majoritairement représenté dans l'orientation vers une hospitalisation comparé aux trois autres (plus de 40% contre moins de 30% pour les autres orientations avec même 15% pour orientation vers un Psychologue).

8/ Répartitions des actes selon les codes diagnostics et les motifs de signalement.

Nous nous sommes également intéressés à la répartition des diagnostics selon les motifs de signalement envoyés au binôme d'urgences. Pour rappel, on retrouve sept motifs différents : idées suicidaires, menace de tentative de suicide, réévaluation et adaptation de la prise en charge, trouble du comportement, difficultés liées au milieu carcéral et à son adaptation, difficultés liées à la temporalité carcérale et pour finir problèmes uniquement pénitentiaires.

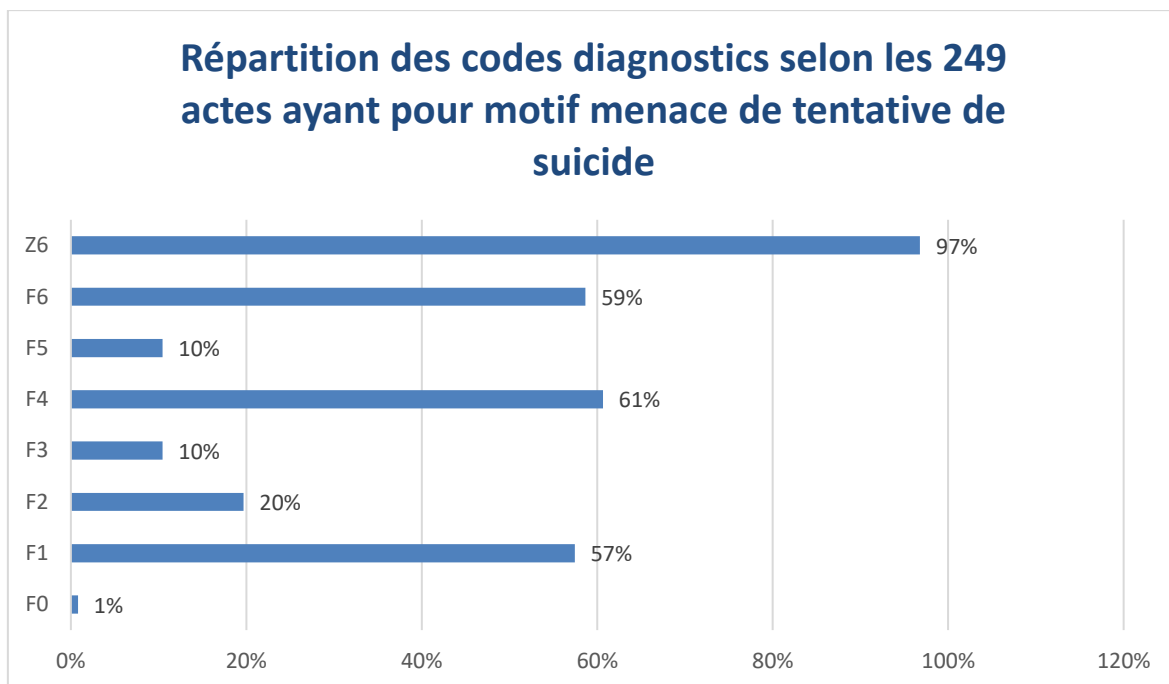


Sur ce graphique, nous pouvons voir la répartition des codes diagnostics selon les 240 actes ayant comme motif d'intervention des idées suicidaires (scénarisées ou non).

On retrouve en quasi-totalité le code diagnostique Z6 avec plus de 99% des actes ayant des idées suicidaires comme motif.

On retrouve en deuxième position les troubles anxieux et de l'adaptation avec le code F4 retrouvé dans 65% des actes concernés. Puis on peut voir le code F6 à 55% et celui de F1 à 50%. On note donc que la moitié des actes voir plus a été codée F4, F1 ou F6.

On retrouve 1/5^e des actes avec le code diagnostique F2 soit 20%. Pour finir, avec 14% on retrouve les codes diagnostics des troubles de l'humeur F3 et celui des troubles liés aux facteurs physiologiques F5.

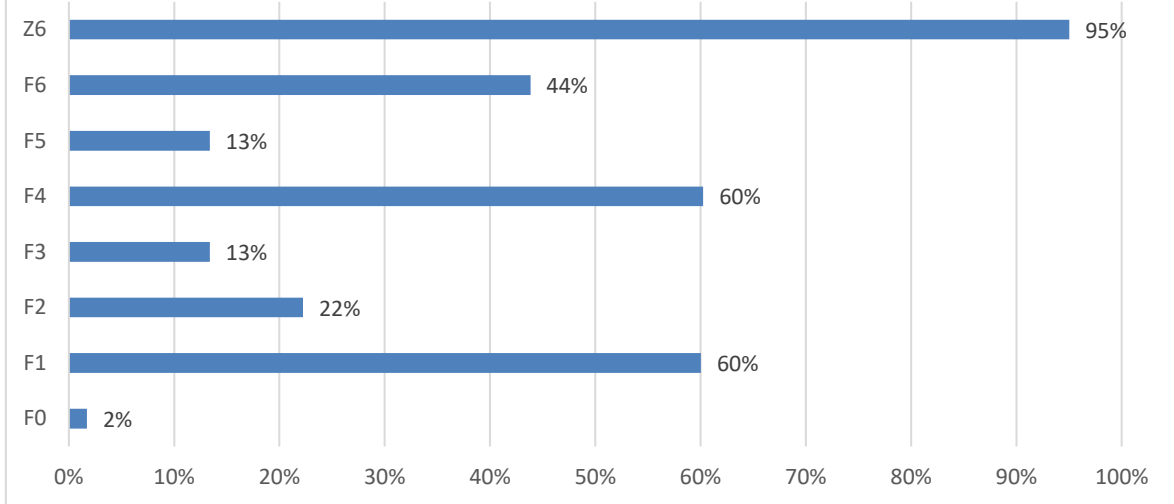


En ce qui concerne les 249 actes réalisés pour un signalement de menace de tentative de suicide, on retrouve de nouveau un taux de codage Z6 très important avec 96% des actes.

Pour près de six actes sur dix on retrouve les trois codages F6 (59%), F4 (61%) et F1 (57%). Le codage le plus présent ensuite est celui des troubles schizophréniques avec 20% des actes, soit un acte sur cinq.

Enfin on retrouve les codages F3 et F5 pour 10% des actes concernant les menaces suicidaires.

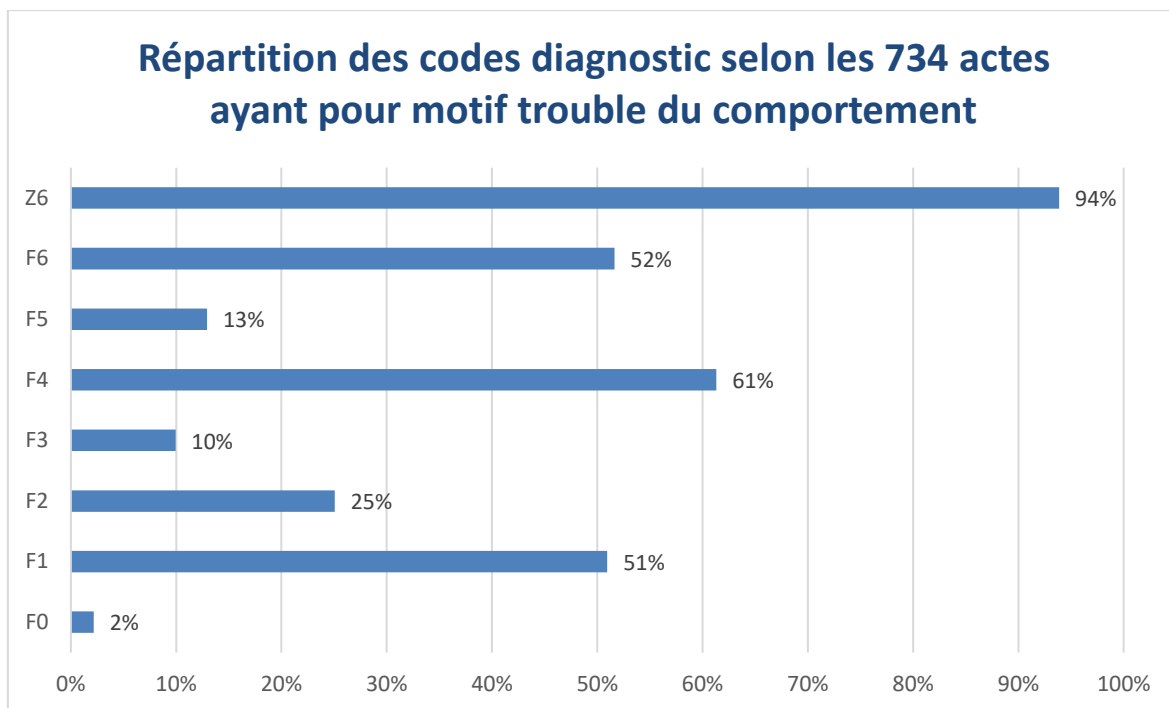
Répartition des codes diagnostics selon les 432 actes ayant pour motif réévaluation de la prise en charge



Ce graphique représente la répartition des codes diagnostics selon les 432 actes réalisés avec comme motif de signalement une nécessité de réévaluer les thérapeutiques et réadapter la prise en charge.

On retrouve un codage Z6 pour 95% des actes. Puis pour six actes sur dix (60%) les codages troubles anxieux et de l'adaptation F4 et ceux des troubles liés aux substances psychoactives F1. Avec un peu moins d'un acte sur deux (44%) on retrouve le codage des troubles de personnalité F6.

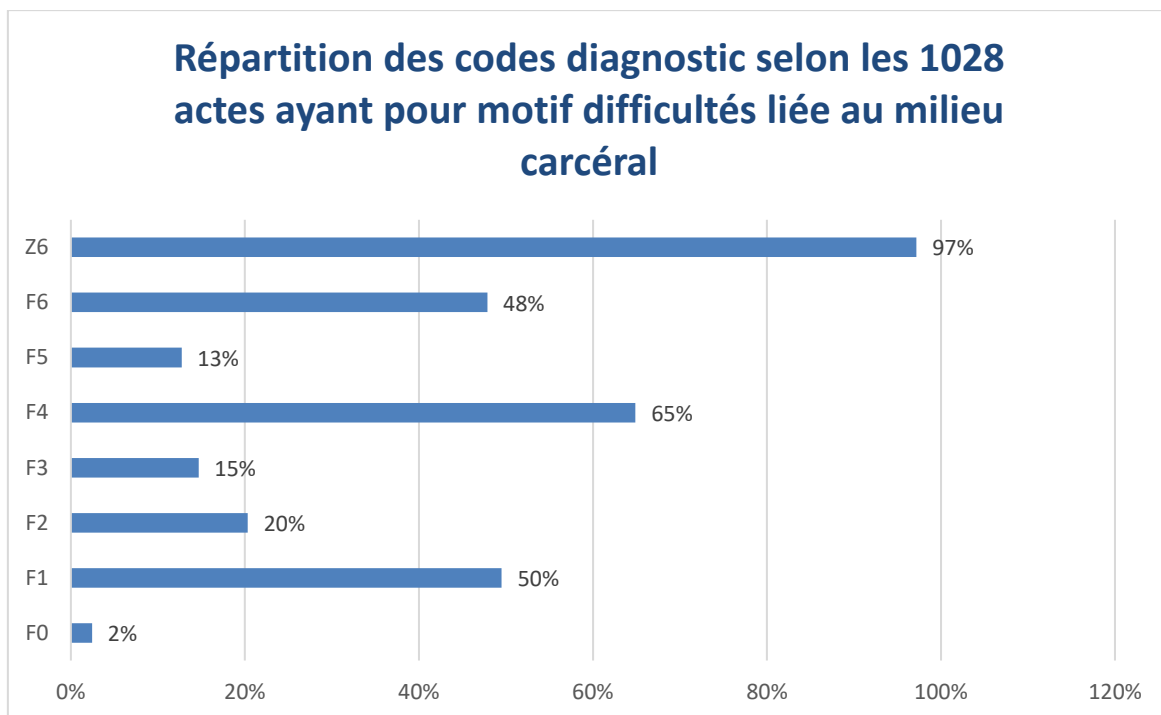
22% des actes sont concernés par un codage F2. Une minorité des actes (respectivement 13%, 13% et 2%) concerne les diagnostics F5, F3 et F0.



Pour ce graphique concernant les 734 actes ayant eu comme motif de signalement un trouble du comportement, on retrouve une allure de répartition similaire.

On retrouve un codage trouble lié au milieu environnemental Z6 pour 94% des actes. Six actes sur dix sont concernés par un trouble codé F4. Puis on retrouve les codages F6 et F1 pour la moitié des actes concernés par ce motif de signalement (soit respectivement 52 et 51%).

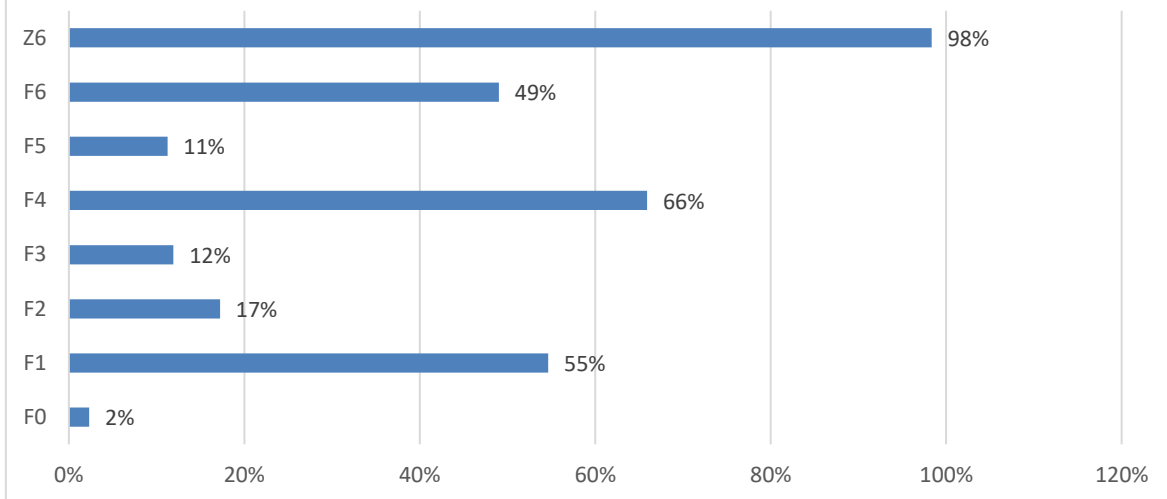
Enfin, avec $\frac{1}{4}$ des actes concernés, on retrouve le codage diagnostic F2. De nouveau minoritaires, on peut voir que les codages F5, F3 et F0 concernent respectivement 13%, 10% et 2% des actes.



Ce graphique représente la répartition des codes diagnostic selon les 1028 actes ayant eu comme motif de signalement une difficulté d'adaptation ou liée au milieu carcéral.

Sans surprise, on retrouve le trouble lié à l'environnement Z6 à 97%. Puis le codage F4 qui est retrouvé dans 65% des actes concernés. Pour un acte sur deux ou presque, un codage F6 ou F1 a été réalisé. Entre 13% et 20% des actes on retrouve les trois codages F2 (20%), F5 (13%) et F3 (15%). Pour finir, seulement 2% des actes ont été codés F0.

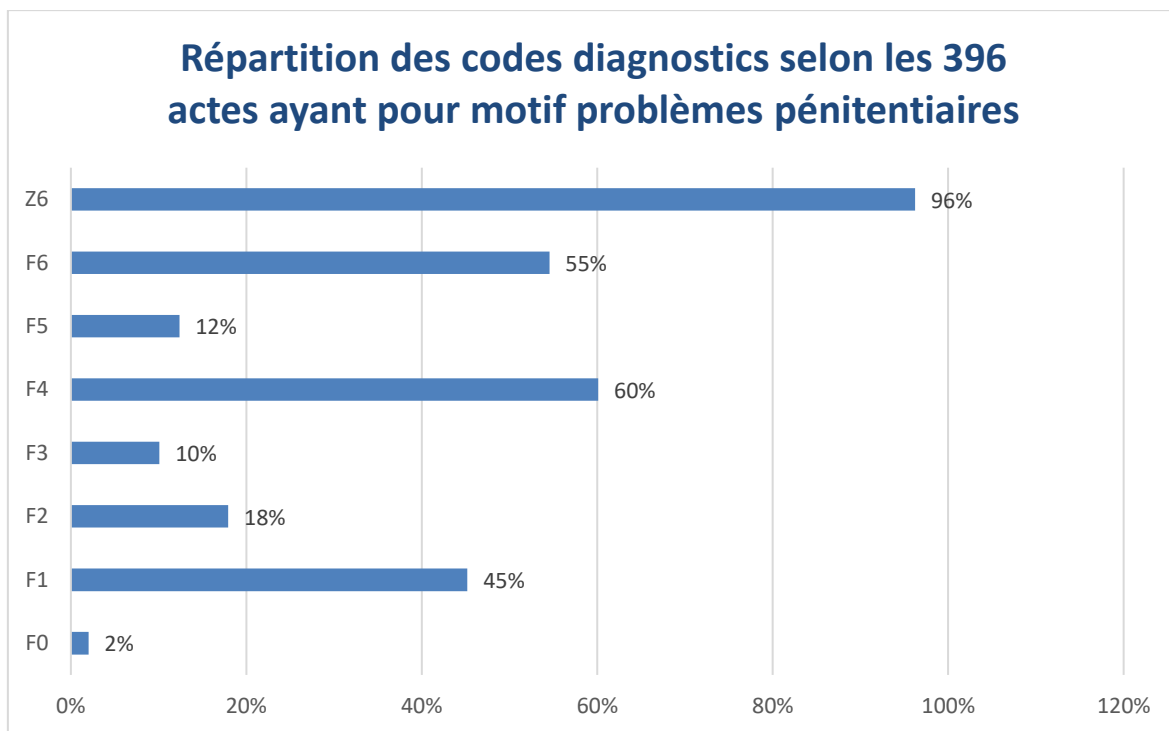
Répartition des codes diagnostics selon les 302 actes ayant pour motif difficultés liées à la temporalité carcérale



En ce qui concerne les 302 actes qui sont concernés par le motif de signalement de difficultés liées à la temporalité carcérale, on peut retrouver ce graphique.

98% des actes concernés sont codés Z6. On retrouve après les codages F4 avec 66%, F1 avec 55% et F6 avec 49% des actes liés à la difficulté de la temporalité carcérale.

Le codage de F2 concerne 17% des actes alors que ceux de F5 et F3 concernent respectivement 11 et 12%.

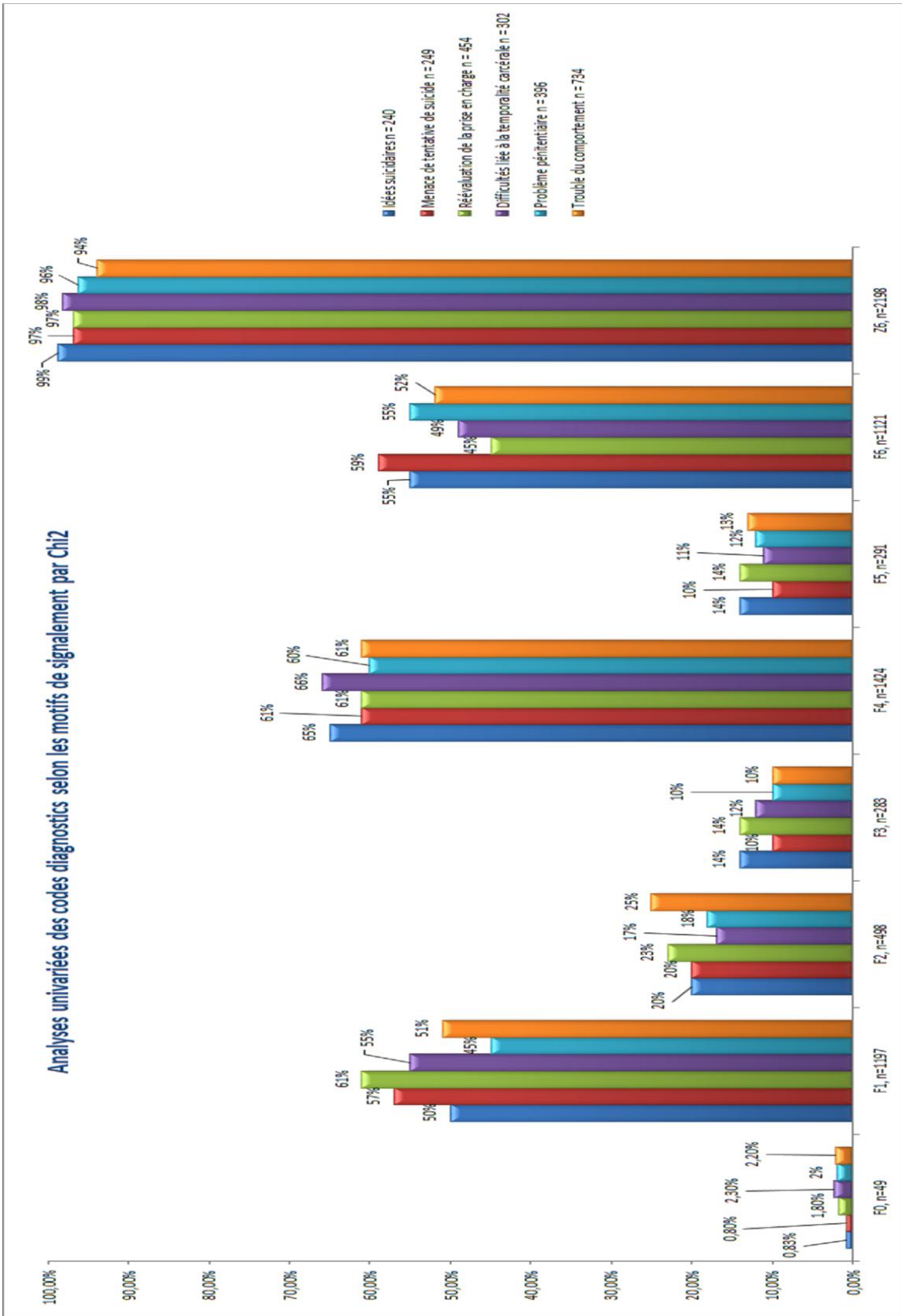


Pour les actes (n=396) qui ont pour motif des problèmes uniquement pénitentiaires, le graphique garde une allure similaire.

Pour la quasi-totalité des actes (96%) on retrouve un codage Z6. Pour un peu plus ou un peu moins de la moitié des actes concernés on retrouve les trois codages F6, F4 et F1.

Finalement avec presque un acte sur cinq, le codage diagnostique F2 a été posé (18%). Les diagnostics F5, F3 et F0 concernent eux respectivement 12%, 10% et 2%.

Analyses univariées des codes diagnostics selon les motifs de signalement par Ch12



Ce graphique est le résultat d'une analyse uni-variée réalisée par un test du Chi2 en sélectionnant les codes diagnostics et tous les motifs de signalement.

Il existe des corrélations significatives entre certains codages diagnostics et motifs de signalement.

On retrouve donc un lien significatif entre le codage diagnostic F2 qui concerne les troubles schizophréniques et la difficulté liée à la temporalité carcérale avec un $p < 0.045$, avec le codage F2 et les troubles du comportement avec $p < 0.011$, avec le codage F2 et les problèmes pénitentiaires avec $p < 0.046$.

On retrouve également un lien significatif entre le codage F1 des troubles liés aux substances psychoactives et les problèmes pénitentiaires avec $p < 0.01$ et avec la réévaluation thérapeutique et de la prise en charge avec $p < 0.001$.

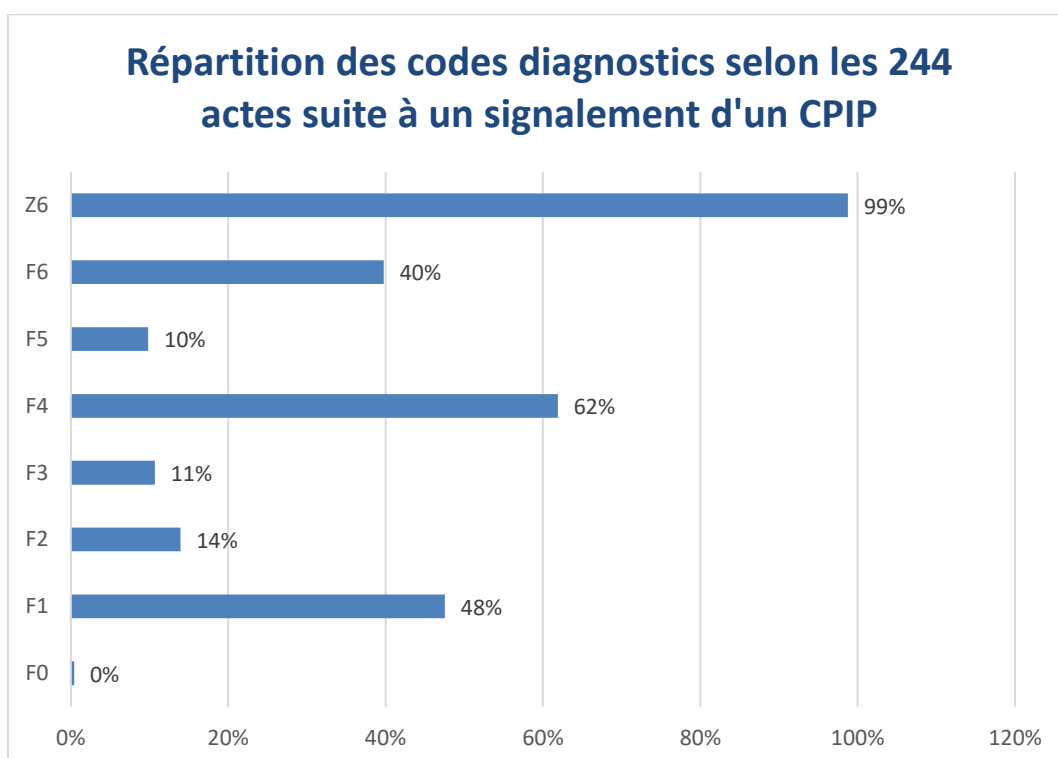
Le codage F3 est lié significativement avec le motif trouble du comportement avec $p < 0.017$.

Le codage Z6 est lié significativement également avec le motif trouble du comportement avec $p < 0.001$.

Pour finir on retrouve également des liens significatifs entre le codage F6 des troubles de la personnalité et les problèmes pénitentiaires ($p < 0.02$), avec les menaces de tentatives de suicides ($p < 0.01$) et avec les réévaluations thérapeutiques et prise en charge ($p < 0.041$).

9/ Répartitions des actes selon les codes diagnostics et l'origine du signalement

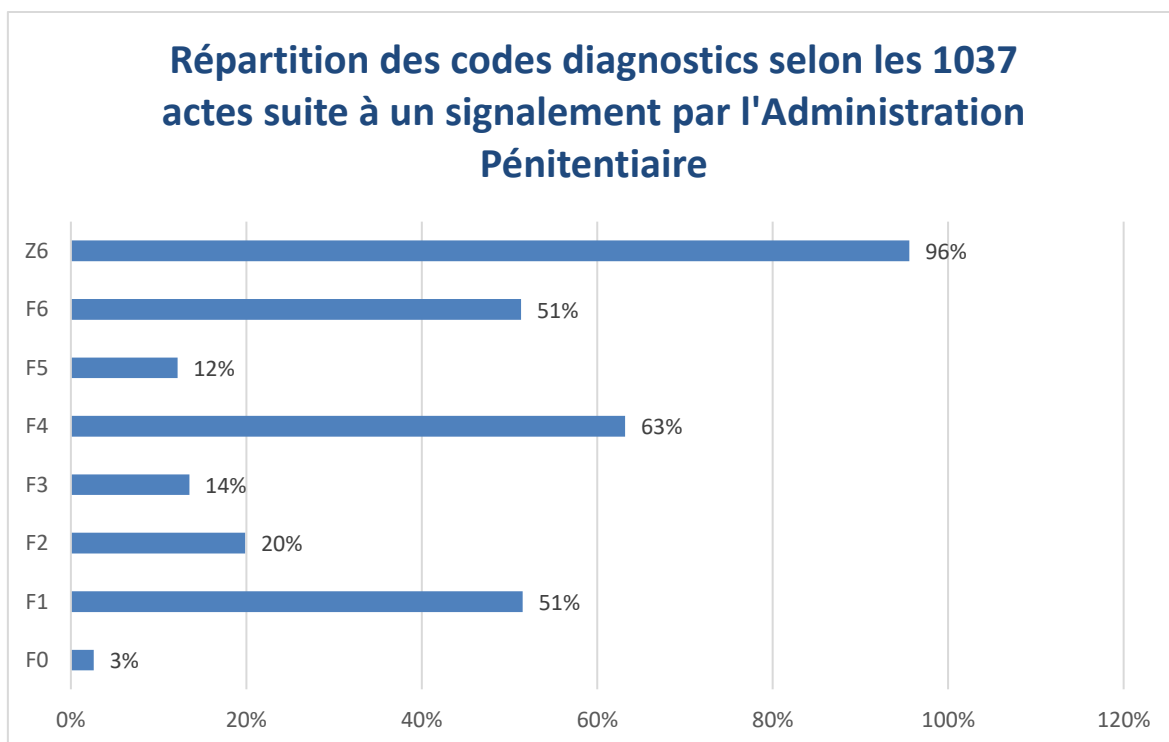
Pour finir nous nous sommes intéressés à la répartition des codages diagnostics des actes selon l'origine du signalement.



Ce graphique représente la répartition des codes diagnostics selon les 244 actes réalisés à la suite d'un signalement provenant d'un Conseil Pénitentiaire d'Insertion et de Probation.

On retrouve une quasi-totalité d'actes codés Z6 avec 99%. Avec 62% des actes à la suite d'un signalement d'un CPIP, on retrouve le codage F4.

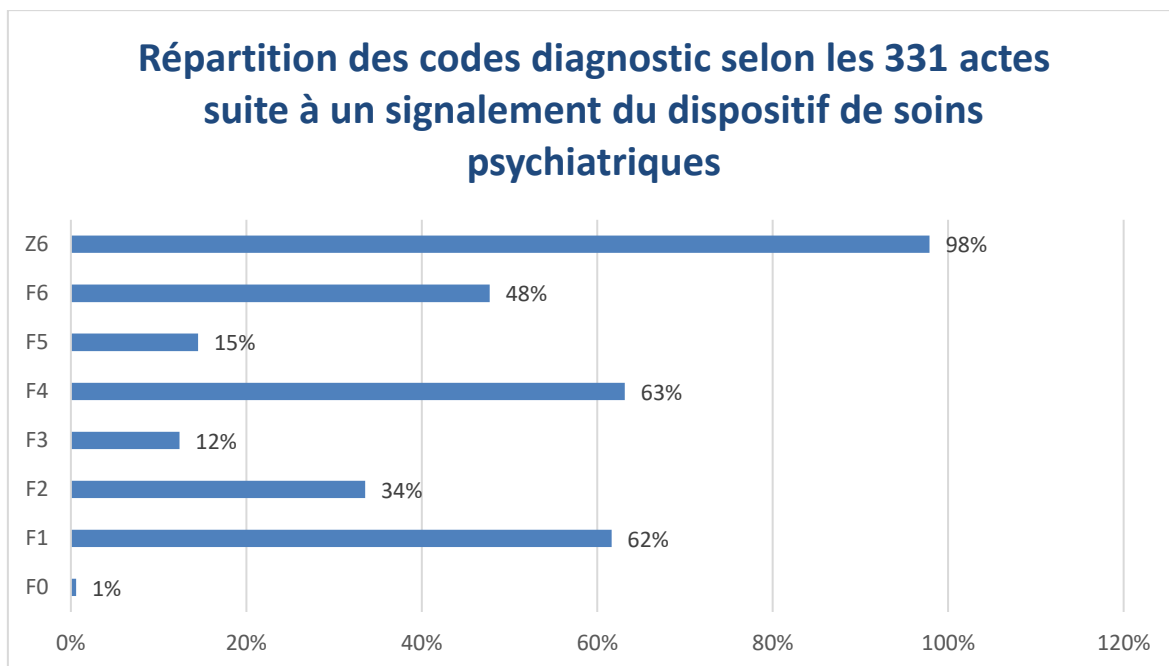
Avec un peu moins d'un acte sur deux on retrouve les deux codages diagnostic F6 (40%) et F1 (48%). Puis les 4 derniers codages représentent une minorité des actes concernés avec 14% pour F2, 11% pour F3 et 10% pour F5.



Concernant les 1037 actes réalisés à la suite d'un signalement de l'Administration Pénitentiaire (et donc une partie indirectement par les personnes détenues eux-mêmes), on retrouve ce graphique.

De nouveau en immense majorité, on retrouve 96% des actes avec le codage Z6.

De même avec plus d'un acte sur deux, on peut voir les codages F4 (64%), F6 et F1 (51%). Suivis par les actes signalés par l'AP ayant un codage F2 avec 20%. Les codages F3 et F5 représentent respectivement 14 et 12% des actes. Pour finir le codage F0 représente uniquement 3% des actes concernés.

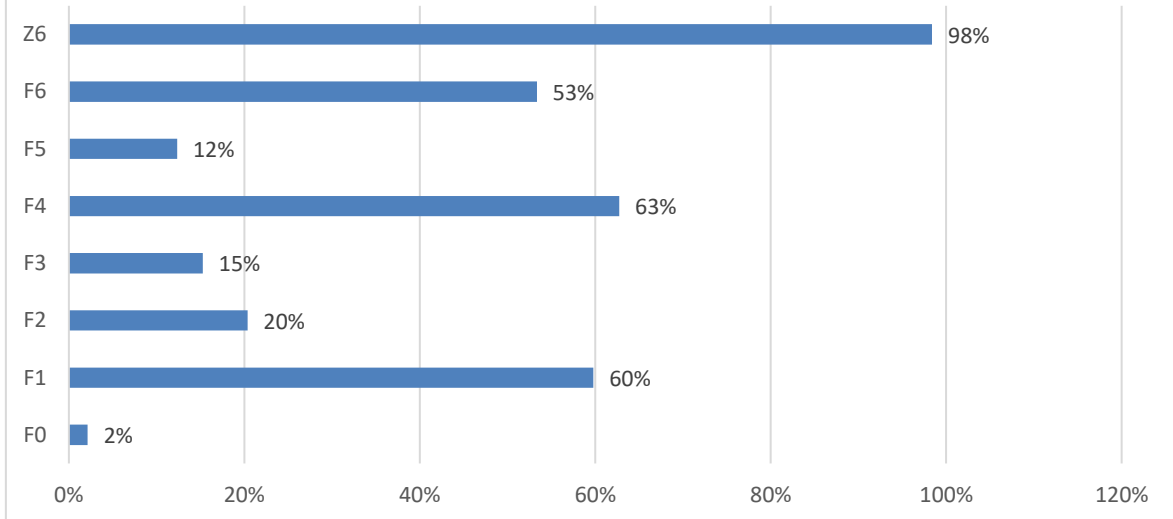


Ce graphique représente la répartition des codes diagnostic selon les 331 actes issus d'un signalement par le dispositif de soins psychiatriques. Comme vu précédemment, ils concernent les signalements venant de l'HDJ, de l'Unité de Consultation et/ou de l'Equipe responsable de la distribution des traitements substitutifs oraux.

Le codage diagnostic est retrouvé dans 98% des actes. Les codages troubles anxieux et troubles liés aux substances psychoactives représentent plus de six actes sur dix avec respectivement 63 et 62% des actes. Les troubles de personnalité concernent eux 48% des interventions. On retrouve également une part importante avec un peu plus du tiers des actes qui concernent le codage F2 (34%).

Avec 15% et 12% on retrouve ensuite les diagnostics F5 et F3.

Répartition des codes diagnostics selon les 373 actes suite à un signalement du dispositif de soins somatiques

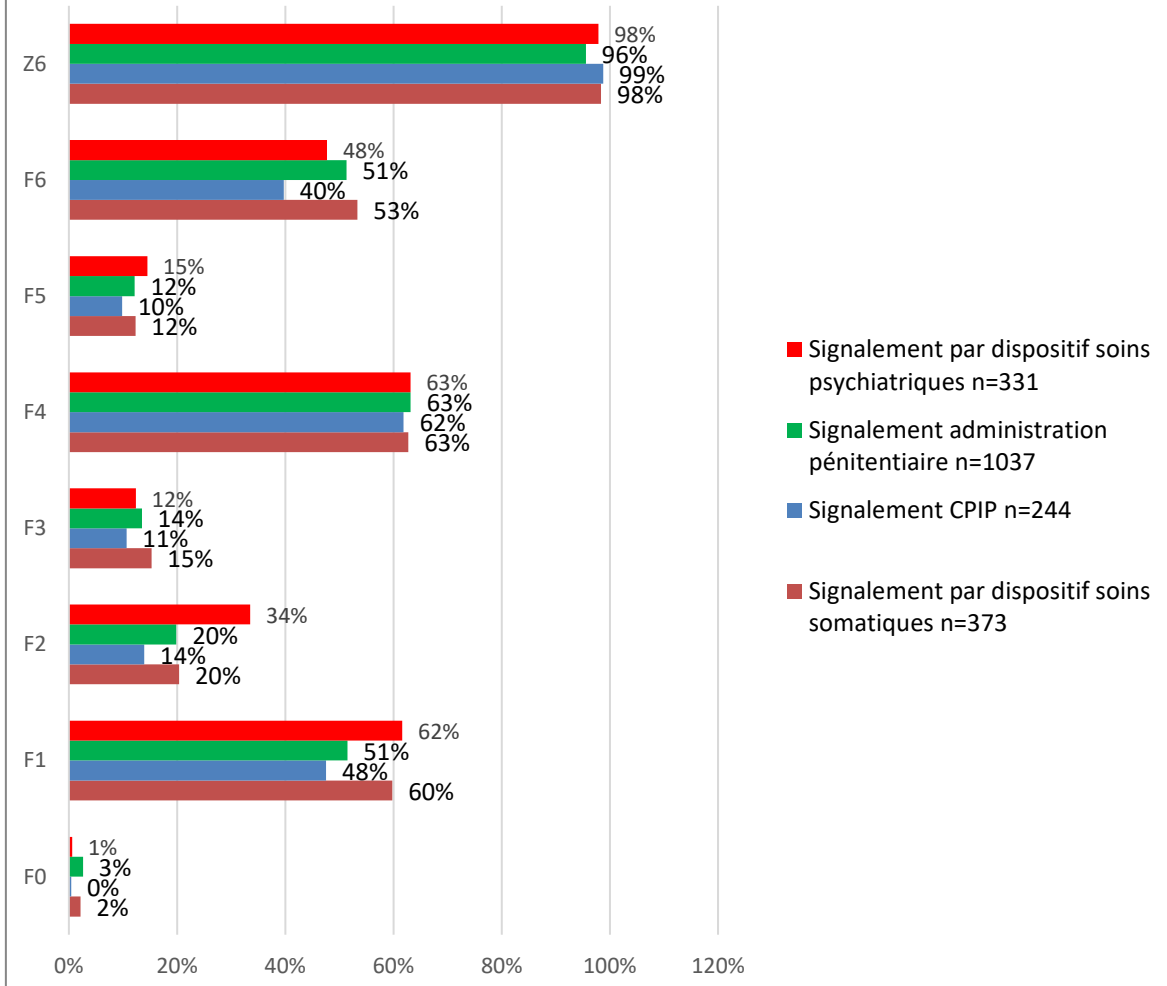


Sur ce graphique on peut remarquer la répartition des codages diagnostic des 373 actes concernés par un signalement du dispositif de soins somatiques.

98% des 373 actes ont été codés Z6. Puis six actes sur dix ont été codés F4 (63%) et F1 (60%). Avec plus d'un acte sur deux on retrouve le codage des troubles de personnalité F6.

Enfin avec 20% ou moins des actes on retrouve les quatre dernières catégories diagnostic avec 20% de F2, 15% de F3, 12% de F5 et 2% de F0.

Répartition des codes diagnostic selon les 331 actes suite à un signalement du dispositif de soins psychiatriques



Ce graphique n'est pas issu d'une analyse unie ou multivariée et les variables ne sont donc pas strictement comparables entre elles. On peut donc uniquement observer de façon descriptive les différentes variables sans pouvoir comparer.

On remarque tout de même une allure de graphique similaire selon les différents types de signalement. La seule différence que l'on pourrait noter se trouve dans le taux plus élevé d'actes cotés F2 et signalé par le dispositif de soins psychiatriques comparés aux autres unités de signalement.

III / DISCUSSION ET LIMITES :

A / Discussion générale

1/ Répartition de chaque code diagnostic pour les 2282 actes.

Il n'est pas étonnant de retrouver une prévalence Z6 très élevée à plus de 96%. Cependant on peut donc constater que l'environnement carcéral est un facteur majeur du motif de signalement des patients. La quasi-totalité des personnes vues par le binôme souffre d'une difficulté d'adaptation à l'environnement.

Concernant la prévalence des codages F4, ceci va en lien avec la prévalence de Z6 élevée et donc une adaptation au milieu carcéral compliquée (soit un diagnostic F4 de trouble de l'adaptation). On voit donc encore une fois la spécificité de cette Equipe Mobile qui intervient majoritairement dans un contexte d'association pathologie psychiatrique et difficultés liées à l'environnement.

On retrouve un codage F1 également important. Il faut noter que ce chiffre est important notamment en lien avec l'utilisation et la dépendance au tabac qui entrent dans cette catégorie diagnostic.

En ce qui concerne le codage F6, ce chiffre est intéressant car dans l'étude NPC, l'évaluation par le MINI test n'a pas permis de mettre en avant les diagnostics de troubles de la personnalité.

Les chiffres vont dans le sens de l'étude NPC vue précédemment. En effet, on retrouve une part importante des troubles anxieux et des addictions dans les prévalences. A ces deux diagnostics majoritaires, nous pouvons donc adjoindre celui des troubles de la personnalité.

Pour finir, quand on prend la répartition des codes diagnostics non plus selon les actes mais selon les 694 personnes détenues différentes vu par l'Equipe Mobile, on a un profil graphique similaire. On retrouve donc une homogénéité que ce soit pour les prévalences selon la totalité des actes réalisés que selon la totalité des personnes détenues vues par l'Equipe Mobile.

2/ Répartitions des actes selon les bâtiments d'hébergement.

On a donc pu remarquer qu'une majorité des actes de l'Equipe Mobile était réalisée au sein des deux Maisons d'Arrêt du Centre Pénitentiaire. On peut très facilement supposer que ce chiffre est dû à la particularité des personnes détenues dans ce bâtiment. Tout d'abord, c'est le lieu qui possède le plus de cellules et de personnes détenues selon l'Observatoire International des Prisons (589 personnes hébergées au 1^e Janvier 2019 pour 477 places opérationnelles) contre 193 personnes hébergées en Centre de Détention (qui est le deuxième bâtiment le plus peuplé du Centre Pénitentiaire). De plus, comme dit précédemment, ce bâtiment héberge des personnes détenues en début de peine ou en courte peine et donc on peut facilement supposer qu'une majorité des personnes s'y trouvant sont dans une phase d'adaptation à l'environnement carcéral. De plus, les conditions de vie en Maison d'Arrêt sont moins « confortables » que dans le Centre de Détention. Il n'y pas de libre circulation dans le bâtiment, les personnes détenues en détention provisoire ont plus difficilement accès aux cantines (argent et commande de fournitures/nourritures), au contact avec l'extérieur,

ainsi qu'aux différentes activités et travaux possibles en détention, ils sont parfois en surnombre dans les cellules et on peut supposer que l'attente du jugement soit un facteur de stress important.

De même pour les actes réalisés au sein du Centre de Détention qui pourrait s'expliquer par le nombre de personnes détenues dans ce bâtiment (193 personnes détenues au 1^{er} Janvier 2019). De plus, les personnes qui y sont hébergées présentent des peines plus longues et donc on peut supposer que des personnes détenues ayant des troubles psychiatriques y soient et nécessitent donc des soins parfois en urgence.

Les 14% qui concernent le QD/QI peuvent paraître faibles, cependant, face au peu de cellules dans ces bâtiments (12 places de QI et 14 places de QD selon un rapport d'étude de 2013), on retrouve 318 actes pour au maximum 26 cellules, soit une moyenne d'intervention de 12.23 actes par cellule dans ces quartiers durant les trois années de l'étude. On peut supposer que ce nombre important d'intervention soit lié aux spécificités de ces deux quartiers avec en facteur de stress majeur la solitude et pour le QD des patients agités, violents et perturbant le fonctionnement de la détention, et d'un autre côté pour le QI des patients fragiles ou nécessitant une mise en isolement pour leur sécurité. A noter cependant que la fonction d'isolement des QI ne correspond pas aux espaces d'isolement des services de Psychiatrie Générale. Ces cellules ne sont en aucun cas utilisées lors de passage à l'acte suicidaire ou quand le risque suicidaire est élevé mais plutôt quand le patient présente un risque pour lui-même ou les autres s'ils étaient en bâtiment de détention normal (selon sa profession, si son affaire a été fortement médiatisée, s'il présente un risque de mutinerie ou de fugue élevé ou très rarement, s'il présente une fragilité psychologique majeure).

3/ Répartition des actes selon l'orientation du détenu après l'action du binôme d'urgences.

39% des actes soit 897 actes sont conclus par un relai vers le Psychiatre référent (ou qui va le devenir lors d'un premier contact). Le Psychiatre semble donc être le partenaire privilégié de l'Equipe Mobile et être le premier relai utilisé. On peut penser que le Psychiatre sera sollicité pour réadapter le traitement, pour apporter un diagnostic et aider dans la prise en charge, ou tout simplement pour mettre en place un suivi chez quelqu'un qui n'en bénéficiait pas jusque l'intervention du binôme.

En deuxième position on retrouve l'absence d'orientation. C'est ce chiffre qui est le plus intéressant, car il montre que dans presque un tiers des cas, l'intervention du binôme seule est suffisante et donc les autres Professionnels ne sont pas sollicités. On voit donc que pour un tiers des patients ayant été signalés, l'intervention du binôme a permis une prise en charge optimale et suffisante pour régler la problématique. C'est réellement dans ces interventions là que le binôme est nécessaire car il fait gagner du temps dans la prise en charge du détenu avec une intervention rapide, ciblée et efficace. Il n'a pas eu à attendre plusieurs jours pour voir son Psychiatre, Psychologue ou travailleur social pour améliorer sa problématique

Pour l'orientation vers un Psychologue, on peut supposer qu'elle est préférentiellement utilisée quand le patient nécessite une verbalisation ou un travail de psychothérapie dans le cadre d'évènements de vie intervenus durant l'hospitalisation (concernant aussi bien sa vie carcérale que des évènements extérieurs à la prison).

On peut également supposer que les 7% d'actes orientés vers les travailleurs sociaux étaient probablement liés à des problématiques concernant l'extérieur ou notamment une sortie et donc une réinsertion sociale proche.

Sur les 2282 actes de l'Equipe Mobile, uniquement 157 se terminent par une hospitalisation. L'hypothèse la plus probable est que ces hospitalisations-là sont celles des décompensations aiguës d'un trouble psychiatrique sous-jacent ou des moments de crise suicidaire. Selon les chiffres du SMPR d'Annœullin, 216 hospitalisations en Psychiatrie (toutes Unités confondues) ont eu lieu de 2015 à 2018. Ils persistent donc des hospitalisations qui ne passent pas par une intervention de l'Equipe Mobile (surtout que dans les 157 orientations hospitalisation, une partie est transférée uniquement aux urgences puis suivie d'un retour en prison sans hospitalisation en Psychiatrie). On peut supposer qu'il s'agit des hospitalisations séquentielles ou programmées ou des hospitalisations sans critère d'urgence et donc sans intervention du binôme.

4/ Répartition des actes selon le motif du signalement.

On voit que près d'une intervention sur deux concernera une difficulté liée au milieu carcéral et à la difficulté de s'y adapter. C'est ici que l'on voit la spécificité de cette Equipe Mobile comparée aux Equipes Mobiles de Psychiatrie des secteurs de Psychiatrie Générale des Hôpitaux extérieurs. En effet, le binôme d'urgence en milieu carcéral doit faire face à une importante part dans leur activité au milieu environnemental dans lequel le détenu se trouve.

Avec 32% des actes concernés on retrouve les troubles du comportement. A noter que ce terme n'est pas dans le sens psychiatrique mais dans la vision pénitentiaire. On parle de

trouble du comportement dès qu'un détenu devient bruyant et perturbe le fonctionnement normal d'un bâtiment, quelle que soit la cause de cette agitation (psychiatrique ou purement pénitentiaire).

Concernant la réévaluation de la prise en charge, comme dit précédemment, ces motifs de signalement sont souvent corrélés avec une orientation médicale afin de pouvoir réadapter le traitement ou revoir la prise en charge globale.

Le pourcentage de 17% d'actes concernés par un problème uniquement pénitentiaire est important car il est relativement élevé. Dans presque une intervention sur cinq, l'Equipe Mobile se déplace pour un problème concernant uniquement l'Administration Pénitentiaire ou une décision judiciaire. Ceci montre donc une autre spécificité de cette Equipe Mobile Psychiatrique Carcérale, l'intervention pour un motif non psychiatrique mais uniquement judiciaire (ou pénitentiaire). Le binôme se retrouve donc très facilement dépourvu face à ce motif car il existe peu de manœuvre accessible au binôme pour aider le patient et améliorer sa situation.

Le motif lié à la temporalité carcérale est également très spécifique au milieu carcéral. On peut voir que l'attente et le temps s'écoulant différemment en prison sont des facteurs de stress importants (pas de vie active rythmée selon les jours de la semaine, attente souvent longue pour toute demande aussi bien matérielle que pour accéder aux soins, pas de date de rendez-vous précise ne peut leur être donnée à l'avance...).

Pour finir, le chiffre qui concerne les idées suicidaires et les menaces de passage à l'acte peut paraître faible mais reste biaisé car lors des passages à l'acte, c'est très souvent l'Equipe médicale somatique qui intervient et se charge du transfert dans les services d'Urgences du CHU de Lille. On peut donc facilement imaginer que le nombre de passage à l'acte suicidaire non vu par l'Equipe Mobile Psychiatrique est important. Cependant la

grande majorité des idées suicidaires est vue par le binôme. Le faible pourcentage s'explique donc par la particularité de la clinique en milieu carcéral. En effet comme dit précédemment on retrouve une clinique de l'agir et donc les patients avec idées suicidaires passent souvent à l'acte suicidaire et donc sont également vus par l'équipe somatique lors de l'urgence.

5/ Discussion autour de la répartition des actes selon l'origine du signalement

Il faut préciser que le patient ne peut lui-même solliciter en urgence le binôme. Il a deux possibilités : par courrier (jamais utilisé car délai d'acheminement jusqu'à l'Equipe Mobile trop long) ou demander au Surveillant Pénitentiaire de signaler pour lui. De même, dans le dispositif de soins psychiatriques, on regroupe aussi bien tout le personnel soignant de l'HDJ, que celui de l'aile des Consultations et que celui de l'Equipe de délivrance des traitements de substitutions dans les bâtiments.

On voit donc que cet outil de signalement est donc majoritairement utilisé par l'Administration Pénitentiaire (et dans la quasi-totalité des cas les Surveillants Pénitentiaires au plus près des personnes détenues) et donc également les personnes détenues eux-mêmes (par le biais du surveillant). On voit donc que le cœur de la cible de ce binôme est bien informé de l'existence de cette Equipe Mobile et n'hésite pas à l'utiliser. Même si les motifs sont parfois inadaptés ou ne concernent pas réellement la Psychiatrie, le signalement d'un évènement et donc la demande d'une intervention de l'Equipe Mobile est un outil facilement utilisable et utilisé par l'Administration Pénitentiaire.

Dans la majorité des signalements provenant d'un CPIP, une démarche de liaison était suffisante car le motif était uniquement pénitentiaire ou lié à une sortie proche et donc à des liens à réaliser avec les structures de soins extérieurs.

6/ Répartition de chaque codage diagnostic pour les actes selon le bâtiment d'hébergement.

Le codage diagnostic Z6 est donc retrouvé à plus de 90% quel que soit le bâtiment avec une variation de 89% des actes sur la Maison d'Arrêt à plus de 98% pour les quartiers disciplinaires et d'isolement. Ces chiffres importants peuvent très facilement être expliqués par la particularité de l'environnement carcéral où certaines libertés sont entravées et où le confort de vie reste limité. On peut donc très facilement imaginer que ces particularités rendent l'adaptation à l'environnement carcéral peu évidente.

Concernant le deuxième codage diagnostic le plus retrouvé, le lien avec le codage précédent est évident. Comme dit précédemment sur les 6718 codages F4 on retrouve 6205 F43.2 et donc 6205 personnes détenues diagnostiquées souffrant de troubles de l'adaptation. Comme dit pour Z6, l'environnement particulier du milieu carcéral et l'éloignement des proches à l'extérieur jouent beaucoup à cette proportion importante de F4.

On ne peut pas déduire aussi facilement un lien avec les codages diagnostics F6 et F1. Notamment pour F1, nous ne pouvons définir si le trouble lié aux substances psychoactives est apparu durant l'incarcération ou préexisté auparavant. Dans tous les cas, ces deux problématiques concernent globalement la moitié des actes de l'Equipe Mobile, quel que soit le bâtiment concerné.

Devant la répartition quasi identique des codages sur les actes réalisés selon les bâtiments d'hébergement, on ne peut donc pas conclure ou penser qu'un trouble psychiatrique nécessitant l'intervention de l'Equipe Mobile soit plus important dans un bâtiment qu'un autre. La seule différence notable est le taux de codage de F2 (trouble

schizophrénique) plus élevé en ce qui concerne le Centre de Détention. Cependant la spécificité de ce bâtiment (peine longue et donc le détenu est incarcéré depuis au moins deux ans) pourrait expliquer ce chiffre car étant donné que le détenu est incarcéré depuis plus longtemps que ceux des autres bâtiments, il est depuis plus longtemps exposé au stress carcéral et à l'inconfort de la détention (facteur important de décompensation d'un trouble chronique).

7/ Répartition de chaque codage diagnostic pour les actes selon l'orientation du détenu après intervention du binôme.

Comme vu dans la sous partie précédente, on retrouve un profil de graphique similaire quelle que soit l'orientation du détenu. En effet, une quasi-totalité des actes orientés dans les quatre possibilités est codée diagnostic Z6. On retrouve par la suite dans une zone proche des 50% quelle que soit l'orientation les trois codages F6 F4 et F1.

La seule particularité peut concerner F2 avec de nouveau un pourcentage plus important (41%) pour l'orientation vers hospitalisation. Ceci est facilement explicable, une décompensation d'un trouble schizophrénique est très difficilement soignable dans le milieu carcéral et une extraction pour une hospitalisation dans un lieu adapté est donc logique.

Cependant on ne retrouve pas une autre pathologie (ou tout du moins un autre codage diagnostic) qui ressort plus qu'une autre pour l'orientation vers un hôpital (et même pour les trois autres orientations). Il semblerait donc qu'aucun diagnostic porté ne reflète un besoin supérieur d'une orientation sur une autre.

8/ Répartition de chaque codage diagnostic pour les actes selon le motif du signalement reçu par l'Equipe Mobile.

Cette partie est la plus intéressante car on dispose d'une analyse uni-variée réalisée par un test Khi2.

Les différents chiffres obtenus selon les motifs d'intervention semblent être similaires quel que soit le codage diagnostic.

Les différences les plus flagrantes concernent surtout le codage diagnostic F2 avec 61% des actes pour réévaluation de la prise en charge contre 45% (avec $p < 0.046$) pour un problème pénitentiaire. On voit donc que l'Equipe Mobile est plus sollicitée pour revoir la thérapeutique et/ou l'hospitalisation d'un détenu souffrant d'un diagnostic de schizophrénie (ou apparentés) que pour un problème uniquement pénitentiaire.

De même pour le codage F6 avec qu'on retrouve dans 59% des actes menaces de passage à l'actes ($p < 0.01$) contre 45% pour une réévaluation de la prise en charge ($p < 0.041$). On voit donc que pour les personnes détenues diagnostiquées avec un trouble de la personnalité, l'Equipe Mobile interviendra plus pour une prise en charge de crise et de menace suicidaire que pour une réévaluation du traitement ou de la prise en charge globale.

9/ Répartition de chaque codage diagnostic pour les actes selon l'émetteur du signalement.

On retrouve de nouveau une répartition des codages de façon homogène. Quel que soit l'émetteur du signalement, on peut remarquer peu de différences. Les différences que l'on peut néanmoins observer sont pour les codages F1, F2 et F6.

Concernant F1, et donc les troubles liés aux substances psychoactives, on retrouve un pourcentage plus important de signalement des deux dispositifs de soins (60 et 62%). Cela reste logique car la partie thérapeutique et traitement médicamenteux est une des demandes les plus importantes pour ce codage. On retrouve donc le dispositif de soins psychiatriques (et notamment l'équipe qui délivre les traitements substitutifs oraux) et le dispositif de soins somatique qui délivre tout le reste du traitement médicamenteux.

Pour le codage F2, on retrouve surtout une origine du signalement du dispositif des soins psychiatriques. Cela s'explique facilement par la grande partie de la population qui est codée dans F2 et qui perçoit un traitement injectable d'action prolongée (antipsychotique). Etant donné que les injections sont réalisées par le dispositif de soins psychiatrique, si le patient ne se présente pas ou refuse l'injection, une demande de passage de l'Equipe Mobile est réalisée pour pouvoir organiser un entretien et comprendre le pourquoi du refus.

Pour ce qui concerne le codage F6, on retrouve une part du signalement par le CPIP moins important (40% contre environ 50% pour les autres). Cette population utilise donc moins le biais du CPIP pour solliciter l'Equipe Mobile ou alors peut-être que le CPIP est moins inquiet par les symptômes de cette pathologie là que les soignants et intervenants pénitentiaires qui sont au plus proche du détenu.

B / Biais et Limites de cette étude

Tout d'abord le premier biais se situe dans la récupération des données. Effectivement, les données sont doublement interprétées. Tout d'abord par l'Equipe Mobile qui va tracer son intervention et les motifs dans le dossier, puis par moi-même, lors du recueil de ces données. On peut donc avoir des pertes d'informations ou des compréhensions différentes et donc des répartitions un peu tronquées.

Aussi, le recueil du diagnostic se base sur les codages CIM-10 réalisés par les Psychiatres de la Prison de Lille-Annœullin. Il existe une limite connue relative au manque de fiabilité du RIM-P.

Il existe un biais relatif aux mouvements des personnes détenues dans la prison et que ces analyses ne permettent pas de mesurer.

Notre étude comporte de nombreuses limites :

- il n'a pas été considéré le tri entre les diagnostics principaux et les diagnostics associés
- les diagnostics multiples ne sont pas pris en compte
- L'analyse rétrospective sur base de données ne permet pas de mesurer l'impact de l'activité du binôme d'urgence-liaison sur l'état de santé des personnes prises en charge. .

La perte de certaines informations avec des données dans les dossiers non récupérables ou alors un jumelage entre ma propre base de données et celle du RIM Psy impossible a également eu comme conséquence la perte de plusieurs actes.

IV / CONCLUSION

Les Equipes Mobiles sont actuellement au cœur de la politique de la Santé Mentale avec une externalisation des soins et un souhait de limiter les hospitalisations en proposant d'autres alternatives, le tout dans une dynamique de « l'aller-vers »

Dans cette étude, on s'est donc intéressé au déploiement du soin psychiatrique mobile en milieu carcéral. On a pu mettre en évidence les besoins de différentes pathologies et catégories diagnostiques envers cette Equipe Mobile Psychiatrique Carcérale.

On a pu mettre en évidence que la moitié des patients détenus qui ont bénéficié du passage de l'Equipe Mobile sont des personnes détenues au sein d'une des deux Maisons d'Arrêt du Centre Pénitentiaire (et donc des personnes en attente de jugement ou condamnées à des peines courtes). On a pu également observer que l'émetteur principal des signalements est l'Administration Pénitentiaire (et donc indirectement les personnes détenues qui passe par le Surveillant Pénitentiaire pour faire intervenir le binôme) (52%). Les motifs principaux d'interventions sont les difficultés liées à l'incarcération (45%), les troubles du comportement (32%) et la réévaluation du traitement et plus globalement de la prise en charge (20%). Aussi, on a pu voir que l'orientation vers un Professionnel après l'intervention de cette Equipe Mobile était vers un Psychiatre (39%).

La quasi intégralité des patients qui ont été vus par ce binôme était porteur d'un diagnostic de « difficulté d'adaptation liée à l'environnement carcéral ». On a pu voir que les personnes auprès de qui intervient l'Equipe Mobile sont majoritairement porteuses des

diagnostics de : troubles de personnalité, troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives et troubles anxieux (avec en très grande majorité le trouble de l'adaptation). On retrouve ces trois codes diagnostic constamment en première position quels que soient les différents indicateurs : lieu d'hébergement, motif de signalement, origine du signalement et orientation de la personne détenue.

Ce dispositif est un outil de soins supplémentaire qui bénéficie aussi bien aux patients-détenus qu'aux Professionnels de Santé. C'est un outil d'intervention rapide susceptible de permettre un dépistage précoce de troubles psychiatriques ainsi qu'une meilleure prise en charge (rapide et individualisée) des pathologies en phase de décompensation. C'est également un outil à disposition de l'équipe soignante afin d'intervenir le plus rapidement auprès du patient lors d'inquiétudes concernant son état de santé mentale ou sa prise en charge globale.

Cette étude a permis d'analyser l'activité de ce dispositif et notamment de voir quelles sont les populations demandeuses de ce binôme. On a pu repérer que des personnes détenues porteuses de certains diagnostics sollicitent plus le passage de l'Equipe Mobile que d'autres. Il peut donc être intéressant par la suite de continuer ce travail. Des recherches supplémentaires devront être menées afin de vérifier ces hypothèses et de mesurer l'impact de cette Equipe Mobile sur les parcours de soins et l'état de santé des personnes détenues.

BIBLIOGRAPHIE

1. François MOREAU. La Santé dans les prisons françaises.
2. Administration Pénitentiaire Française. L'Administration Pénitentiaire, 1945, 1975, 2015. Naissance des réformes, problématiques, actualité. 2015.
3. Mai 1945 : les 14 points de la Réforme Pénitentiaire [Internet]. Disponible sur: <https://criminocorpus.org/fr/reperes/legislation/textes-juridiques-lois-decre/textes-relatifs-aux-p/de-1945-a-nos-jours/les-14-points-de-la-reforme-amor/>
4. Genevieve Guerin. Actualité et dossier en Santé Publique. Santé En Prison. sept 2003;(44).
5. Adins-Avinée C. Psychiatrie en milieu pénitentiaire : pourquoi j'y crois. :4.
6. Déborah Sebbane, Pierre Thomas. Actualité et dossier en Santé Publique n° 104, Santé des personnes sous main de Justice. Dispos Prise En Soins Psychiatr Pers Présentant Troubl Psychiques En Détention. sept 2018;
7. Manzanera C, Senon J. Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire : organisation, moyens, psychopathologies et réponses thérapeutiques. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. oct 2004;162(8):686-99.
8. Professeur Jean-Bernard Garre, Beloncle DM. Le Dispositif de Soins en Santé Mentale en Milieu Carcéral : évolution et actualités. :338.
9. Marc Renneville. Psychiatrie et Prison : une histoire parallèle [Internet]. Disponible sur: <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00130237>
10. Fazel S, Hayes AJ, Bartellas K, Clerici M, Trestman R. The mental health of prisoners : a review of prevalence, adverse outcomes and interventions. Lancet Psychiatry 2016 ;
11. Fazel S, Seewald K. Severe mental illness in 33,588 prisoners worldwide : systematic review and meta-regression analysis. Br J Psychiatry J Ment Sci 2012 ; 200 :
12. Thomas Fovet, Pierre Thomas, Psychiatres, CHU de Lille, Laurent Plancke, Sociologue, FR2SM Hauts-de-France. Soins psychiatriques aux personnes détenues. Prévalence Troubl Psychiatr En Prison. avr 2018;(227).
13. Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral, Anne DUBURCQ Sandrine COULOMB Juliette BONTE Cédric MARCHAND Francis FAGNANI Pr Bruno FALISSARD, Décembre 2004 [Internet]. [cité 4 sept 2019]. Disponible sur: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/rapport_detenus_MS_2004pdf.pdf
14. Soins psychiatriques aux détenus : les constats du CGLPL.

15. Dr Sophie Baron-Laforet. Repérage du suicide en prison et éléments contextuels. psydoc-france.fr;
16. Ali AMAD, Thomas FOVET. Itinéraires de patients souffrant de troubles psychiatriques en prison: passé, présent et devenir après l’incarcération.
17. La santé mentale des personnes entrant en détention dans le Nord et le Pas De Calais, Lille, F2RSM Psy, Novembre 2017, 34p [Internet]. [cité 7 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.f2rsmpsy.fr/fichs/18298.pdf>
18. Petitjean F, Leguay D. Sectorisation psychiatrique : évolution et perspectives. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. déc 2002;160(10):786-93.
19. Morey F, Lebihan E. Etude exploratrice en vue de la mise en place d’équipes mobiles en psychiatrie générale. :53.
20. Lise Demailly, Olivier Dembinski, Catherine Déchamp-Le Roux. Les équipes mobiles en psychiatrie et le travail de disponibilité. John Libbey Eurotext.
21. Ana Marques. Construire sa légitimité au quotidien : le travail micropolitique autour d’une Equipe Mobile de Psychiatrie-Précarité.
22. Audrey Vanel, Catherine Massoubre. L’information psychiatrique. Exp En Équipe Mob Psychiatr Précarité. févr 2011;87.
23. Ioana Stancu, Abdel-Messieh Alnawaqil, Michel Gaillard, Simone Marquis, Marianne Miserez, Panteleimon Giannakopoulos. Ioana Stancu, Abdel-Messieh Alnawaqil, Michel Gaillard, Simone Marquis, Marianne Miserez, Panteleimon Giannakopoulos. Equipe Mob Psychiatr L’âge Avancé Principes Perspect. 2008;4.
24. Pastour Nicolas. E.R.I.C, Equipe Rapide d’Intervention de Crise Hôpital Jean Martin Charcot, Plaisir, Rapport d’activité 2016.
25. Robin M, Pochard F, Ampelas J-F, Kannas S, Bronchard M, Mauriac F, et al. Les dispositifs d’urgence psychiatrique et de crise en France. Thérapie Fam. 2001;22(2):133.

V / RESUME

Introduction : La psychiatrie et notamment les soins de Santé Mentale en milieu carcéral sont en constante évolution depuis le milieu du XXe siècle. L'organisation des soins de Santé Mentale en milieu ouvert évolue beaucoup avec des évolutions récentes notamment la création des Unités d'Hospitalisation Spécialement Aménagées. Considérant la dynamique actuelle du développement de « l'aller-vers » et des soins au plus près du « lieu de vie » des patients, l'Equipe Mobile de Psychiatrie du Centre Pénitentiaire de Lille-Annœullin apparait comme un dispositif innovant visant à répondre du mieux aux difficultés liées aux pathologies psychiatriques des personnes détenues. Ce travail propose d'étudier l'activité de cette Equipe Mobile afin d'en comprendre les spécificités.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une analyse rétrospective descriptive sur base de données. Deux bases de données ont été exploitées : la base RIM-Psy anonymisée de l'ensemble des patients vu au moins une fois par l'Equipe Mobile Psychiatrique du Centre Pénitentiaire de Lille-Annœullin entre le 1^e Aout 2015 et le 1^e Aout 2018 et la base relative au suivi de l'activité du binôme d'urgence-liaison entre les mêmes dates. Plusieurs indicateurs ont été choisis pour caractériser et classer l'activité clinique et de liaison du binôme d'urgence-liaison.

Résultats : 2282 actes (694 patients) ont été analysés. Quel que soit l'indicateur considéré, il est relevé que pour l'intégralité des actes, les personnes détenues étaient porteuses d'un diagnostic de difficulté liée à l'environnement carcéral. Les personnes auprès de qui l'Equipe Mobile intervient sont respectivement porteuses des diagnostics suivants : troubles de l'adaptation (62.40%), troubles de la personnalité (49.12%) et troubles addictifs

(52.45%). La moitié des interventions se sont déroulées au sein de la Maison d'Arrêt du Centre Pénitentiaire (50% des actes). Les motifs d'interventions les plus fréquents sont la difficulté liée à l'incarcération (45%), les troubles du comportement (32%) et la réévaluation de la prise en charge globale (20%).

Conclusion : Ce dispositif innovant propose des interventions soignantes et médicales psychiatriques individualisées et coordonnées. Cette intervention rapide propose des interventions précoces susceptibles de participer au dépistage de certains troubles et à la prévention de la décompensation de certains troubles chroniques. Des recherches supplémentaires devront être menées afin de vérifier ces hypothèses et de mesurer l'impact de cette équipe mobile sur les parcours de soins et l'état de santé des personnes détenues. Il conviendra aussi de poursuivre cette étude avec des indicateurs plus spécifiques afin de comprendre toutes les spécificités du dispositif et d'en mesurer l'impact sur la prise en charge et l'évolution des troubles psychiatriques des personnes détenues.

AUTEUR : Nom : DELBEQUE

Prénom : Tommy

Date de soutenance : 24 Septembre 2019

Titre de la thèse : Equipe Mobile d'urgence-liaison psychiatrique en milieu carcéral : analyse d'un dispositif innovant développé au sein du Centre Pénitentiaire de Lille-Annœullin.

Thèse - Médecine - Lille 2019

Cadre de classement : Thèse d'exercice du titre de docteur en médecine

DES + spécialité : Psychiatrie

Mots-clés : Equipe Mobile, prison, soins en Santé Mentale en milieu carcéral, « aller-vers », soins, Centre Pénitentiaire de Lille-Annœullin, Psychiatrie, détention

Résumé :

Introduction : La Psychiatrie et notamment les soins de Santé Mentale en milieu carcéral sont en constante évolution depuis le milieu du XXe siècle. L'organisation des soins de santé mentale en milieu ouvert évolue beaucoup avec des évolutions récentes notamment la création des Unités d'Hospitalisation Spécialement Aménagées. Considérant la dynamique actuelle du développement de « l'aller-vers » et des soins au plus près du « lieu de vie » des patients, l'équipe mobile de psychiatrie du centre pénitentiaire de Lille-Annœullin apparaît comme un dispositif innovant visant à répondre du mieux aux difficultés liées aux pathologies psychiatriques des personnes détenues. Ce travail propose d'étudier l'activité de cette équipe de mobile afin d'en comprendre les spécificités.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une analyse rétrospective descriptive sur base de données. Deux bases de données ont été exploitées : la base RIM-Psy anonymisée de l'ensemble des patients vu au moins une fois par l'équipe mobile psychiatrique du Centre Pénitentiaire de Lille-Annœullin entre le 1^{er} Aout 2015 et le 1^{er} Aout 2018 et la base relative au suivi de l'activité du binôme d'urgence-liaison entre les mêmes dates. Plusieurs indicateurs ont été choisis pour caractériser et classer l'activité clinique et de liaison du binôme d'urgence-liaison.

Résultats : : 2282 actes (694 patients) ont été analysés. Quel que soit l'indicateur considéré, il est relevé que pour l'intégralité des actes, les personnes détenues étaient porteuses d'un diagnostic de difficulté liée à l'environnement carcéral. Les personnes auprès de qui l'équipe mobile intervient sont respectivement porteuses des diagnostics suivants : troubles de l'adaptation (62.40%), troubles de la personnalité (49.12%) et troubles addictifs (52.45%). La moitié des interventions se sont déroulés au sein de la maison d'arrêt du centre pénitentiaire (50% des actes). Les motifs d'interventions les plus fréquents sont la difficulté liée à l'incarcération (45%), les troubles du comportement (32%) et la réévaluation de la prise en charge globale (20%).

Conclusion : Ce dispositif innovant propose des interventions soignantes et médicales psychiatriques individualisées et coordonnées. Cette intervention rapide propose des interventions précoces susceptibles de participer au dépistage de certains troubles et à la prévention de la décompensation de certains troubles chroniques. Des recherches supplémentaires devront être menées afin de vérifier ces hypothèses et de mesurer l'impact de cette équipe mobile sur les parcours de soins et l'état de santé des personnes détenues. Il conviendra aussi de poursuivre cette étude avec des indicateurs plus spécifiques afin de comprendre toutes les spécificités du dispositif et d'en mesurer l'impact sur la prise en charge et l'évolution des troubles psychiatriques des personnes détenues.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Thomas

Assesseurs : Monsieur le Professeur Vaiva, Monsieur le Docteur Amad

Directeur de thèse : Madame le Docteur Sebbane

