

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2021

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Premier épisode psychotique en milieu carcéral : une étude
descriptive à l'UHSA de Seclin**

Présentée et soutenue publiquement le 12 octobre 2021 à 15h30
au Pôle Recherche

par Margot MOUCHONNET

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Thomas FOVET

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Marion ECK

AVERTISSEMENT

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

ABRÉVIATIONS

APS : Symptômes psychotiques atténués (*attenuated psychotic symptoms*)

ARMS : État mental à risque (*at risk mental state*)

BLIPS : Symptômes psychotiques brefs intermittents (*brief limited intermittent psychotic symptoms*)

CAARMS: Comprehensive Assessment of At Risk-Mental State

DPNT : Durée de psychose non traitée

DSM : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

DSP : Dispositifs de soins psychiatriques

ECG : Électrocardiogramme

GRD : Risque génétique et détérioration fonctionnelle (*genetic risk and deterioration syndrome*)

IRM : Imagerie par résonance magnétique

PEP : Premier épisode psychotique

SOPS : Échelle des symptômes de la phase prodromale (*Scale of Prodromal Symptoms*)

SDRE : Soins à la demande d'un représentant de l'État

SMPR : service médico-psychologique régional

SPIP : Service pénitentiaire d'insertion et de probation

SPMP : Secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire

TSO : Traitement substitutif aux opiacés

UCSA : Unité de consultations et de soins ambulatoires

UHR : sujet à ultra-haut risque (*Ultra-High Risk*)

UHSA : Unité hospitalière spécialement aménagée

UHSI : Unité hospitalière sécurisée interrégionale

UMD : Unité pour malades difficiles

USMP : Unité de soins en milieu pénitentiaire

TABLES DES MATIÈRES :

RÉSUMÉ.....	7
I - Introduction.....	8
A- Le premier épisode psychotique	8
1) Définition et données épidémiologiques.....	8
2) Histoire de la maladie : de l'état prémorbide au premier épisode psychotique.....	11
3) Facteurs de risque d'émergence de troubles psychotiques.....	18
4) La durée de psychose non traitée.....	20
5) Évolution après le premier épisode psychotique.....	23
6) Prise en charge du premier épisode psychotique	26
B- Le milieu carcéral.....	31
1) Présentation du système carcéral français	31
2) Organisation des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire	34
C- Santé mentale des personnes détenues	40
1) Prévalence des troubles psychiatriques	40
2) Le suicide en prison	42
3) Le premier épisode psychotique en milieu carcéral	43
D- Objectifs de l'étude	46
II - Matériels et Méthodes	47
A- Type d'étude	47
B- Population d'étude.....	47
C- Critères d'inclusion et de non-inclusion	47
D- Recueil des données	48
E- Analyse des données	51
III. Résultats.....	52
A- Données sociodémographiques.....	52
B- Antécédents médicaux personnels et familiaux	54
C- Antécédents judiciaires	56
D- Données spécifiques au milieu carcéral	58
E- Histoire du premier épisode psychotique.....	61
F- Traitements	66
G- Examens complémentaires	66
H- Evaluation psychopathologique.....	67
IV- Discussion.....	74
A- Principaux résultats.....	74
B- Limites de l'étude.....	85
C- Perspectives	87

V- Conclusion..... 90
ANNEXE 91
BIBLIOGRAPHIE 92

RÉSUMÉ

Contexte. Le premier épisode psychotique (PEP) est défini par l'apparition de symptômes psychotiques, pour la première fois dans la vie d'une personne. Le PEP chez les personnes détenues a été très peu investigué, alors que la prévalence des troubles psychiatriques y est très importante. L'objectif de cette étude est d'identifier les caractéristiques sociodémographiques, de décrire le parcours judiciaire, l'histoire de la maladie et la symptomatologie psychiatrique des personnes présentant un PEP au sein de l'Unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) de Seclin.

Méthode. Nous avons réalisé une étude descriptive auprès des personnes hospitalisées à l'UHSA de Seclin pour un PEP, entre novembre 2020 et avril 2021. Les données suivantes ont été extraites des dossiers médicaux : données sociodémographiques, antécédents, parcours judiciaire, anamnèse et données issues de l'évaluation psychopathologique (résultats à plusieurs échelles, en particulier la *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS)). La durée de psychose non traitée (DPNT) a été calculée pour chaque patient (durée entre date estimée du PEP et 1^{ère} prise de traitement antipsychotique).

Résultats. Dix hommes ont été inclus, tous hospitalisés sans leur consentement (âge moyen : 33 ans). La quasi-totalité (90%) consommait des substances psychoactives (majoritairement du cannabis). Six patients avaient déjà été incarcérés auparavant (d'1 à 15 fois), uniquement pour des délits. Concernant l'incarcération actuelle : les motifs étaient variés (homicide pour 2 patients, délits pour 8), 7 patients étaient condamnés (durée de la peine : 4 mois à 14 ans ; médiane : 4 mois). Les patients présentaient une symptomatologie positive marquée à la PANSS (moyenne à l'échelle positive : 23,3/49 ; $\sigma = 7,4$). La DPNT était variable, de 4 jours à 10 ans (médiane : 59 jours). Six personnes avaient été incarcérées pendant la DPNT.

Conclusion. Notre échantillon, particulièrement hétérogène, nous permet de dégager plusieurs profils de patients, en particulier : 1) ceux qui ont été incarcérés pendant la DPNT, confirmant ainsi l'intérêt d'une prise en charge précoce et 2) ceux qui ont présenté leur PEP en milieu carcéral, soulignant le rôle des facteurs de stress en lien avec la détention dans l'apparition de symptômes psychotiques chez des sujets vulnérables.

I - Introduction

A- Le premier épisode psychotique

1) Définition et données épidémiologiques

- **Le premier épisode psychotique (PEP)**

Un premier épisode psychotique (PEP) se définit par l'apparition sur une période d'au moins 7 jours de symptômes psychotiques tels que les idées délirantes, les hallucinations ou encore la désorganisation. Il s'agit de la première manifestation de symptômes psychotiques francs dans la vie de la personne. Ces symptômes évoluent sur une période de temps et entraînent un retentissement important avec une potentielle perte de contact avec la réalité (1).

Il n'existe pas de définition du premier épisode psychotique au sein du DSM-5 (*Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*) et les données de la littérature définissant le PEP peuvent comporter certaines subtilités. La définition décrite précédemment est celle donnée par la CAARMS (*Comprehensive Assessment of At-Risk Mental State*), développée par Yung et al. (2). D'autres définitions peuvent exister, notamment celle utilisée avec le SIPS/SOPS (*Structured Interview for Prodromal Syndromes/Scale of Prodromal Symptoms*), par Miller et al., et définissant le PEP par la présence de symptômes psychotiques, pendant plus d'une heure par jour, et ce plus de 4 jours par semaine pendant un mois (3).

La personne expérimentant un PEP présente souvent des antécédents psychiatriques tels que la dépression, le trouble anxieux ou le trouble de stress post traumatique, ainsi que des antécédents de consommation de substance.(4) Associées à ces antécédents, des comorbidités psychiatriques et addictologiques actives sont fréquemment associées, telles que le trouble anxieux, un épisode dépressif, un trouble obsessionnel-compulsif, une phobie sociale (5,6).

- **Données épidémiologiques du PEP**

Le premier épisode psychotique a une incidence qui varie selon les études. Ainsi, l'incidence des premiers épisodes psychotiques était évaluée à 31,7/100 000 habitants chez une population anglaise âgée de 16 à 64 ans, tandis que l'incidence des premiers épisodes psychotiques dans une étude italienne était estimée à 16,4/100 000 habitants pour une population âgée entre 18 et 64 ans (5,7).

L'incidence des PEP semble varier selon les pays. Une étude s'intéressant à l'incidence des troubles psychotiques à travers 6 pays a retrouvé une variation d'un facteur 8 de l'incidence de tous les troubles psychotiques avec une incidence variant entre 6/100 000 habitants à 46,1/100 000 habitants, avec une incidence plus élevée chez les minorités ethniques et un pic chez les hommes entre 18 et 24 ans (8).

Dans une étude anglaise menée par Kirkbride et al., s'intéressant à une population plus jeune, âgée de 16 à 35 ans, l'incidence était estimée à 34/100 000 habitants. (9) Cette étude retrouvait également un âge moyen du premier épisode

psychotique de 22,5 ans chez les hommes et de 23,4 ans chez les femmes. Il en ressortait également un taux d'incidence plus élevé chez les personnes issues de minorités ethniques, vivant dans des zones géographiques plus densément peuplées et plus défavorisées, ainsi que chez les personnes célibataires, sans emploi et avec un niveau socio-économique faible. Le taux d'incidence diminuait progressivement avec l'âge. Pour les troubles psychotiques non affectifs, l'incidence serait plus forte chez les hommes que chez les femmes jusqu'à l'âge de 29-31 ans, avant de s'égaliser. Le taux restait comparable entre les hommes et les femmes pour les troubles affectifs avec caractéristiques psychotiques (9).

Concernant les différences retrouvées entre les troubles psychotiques non affectifs et les troubles affectifs psychotiques (trouble bipolaire, trouble dépressif avec caractéristiques psychotiques), il semble que les personnes avec un trouble affectif psychotique aient un meilleur niveau d'éducation, un âge de début des troubles plus tardif et un meilleur fonctionnement prémorbide (4).

Les données comparant le premier épisode psychotique entre hommes et femmes peuvent varier selon les études. Cependant, il semble qu'il existe une différence dans l'âge d'apparition des symptômes. La plupart des études retrouvent un âge plus précoce chez les hommes, avec un pic vers 18-24 ans. Il est décrit deux pics d'incidence chez les femmes, un en fin d'adolescence diminuant plus lentement que chez les hommes et un second pic après 40-50 ans (8,10).

Plusieurs études montrent chez les femmes un âge du début des troubles plus tardif, ainsi qu'une durée de psychose non traitée plus courte, un meilleur

fonctionnement prémorbide et social, et moins de consommation de toxiques (10,11). De plus, un meilleur pronostic avec moins de rechutes et une meilleure réponse au traitement sont retrouvés chez les femmes expérimentant un premier épisode psychotique (5). Toutefois, il n'est pas retrouvé de différence dans le mode de début des troubles (11).

2) Histoire de la maladie : de l'état prémorbide au premier épisode psychotique

Par le passé, les premiers épisodes psychotiques (PEP) pouvaient être définis comme apparaissant de façon soudaine, bruyante et sans prodrome. Désormais, il est reconnu que les premières manifestations psychotiques peuvent au contraire se développer progressivement, avant de déclencher un épisode psychotique franc. Lors de l'interrogatoire de la famille ou du patient, on peut trouver la présence de prodromes, symptômes atténués de la maladie, pouvant évoluer pendant plusieurs années avant le début du trouble (1).

Ainsi, le principal mode d'entrée dans une maladie telle que la schizophrénie est progressif avec une succession dans le temps d'une phase prémorbide puis d'une phase prodromique (12).

Avant l'apparition des prodromes, il existe une phase prémorbide allant de la naissance (voire de la période anté-natale), jusqu'aux prodromes. Durant cette période, on retrouve des marqueurs de vulnérabilité acquis ou génétiques, prédisposant à l'expression d'un trouble psychotique (13).

Pendant la phase prémorbide, des marqueurs de vulnérabilité cliniques sont retrouvés avec des anomalies du développement psychomoteur non spécifiques, des signes neurologiques mineurs (atteinte des fonctions sensorielles intégratives, de la coordination, difficultés dans la réalisation de séquences de mouvements complexes, atteinte de réflexes développementaux), des anomalies physiques mineures (hypertélorisme, dermatoglyphes) des atteintes de la cognition et du langage (Quotient intellectuel diminué, trouble de la mémoire, de l'attention, de la pensée, et des fonctions exécutives), des troubles du comportement précoces et des interactions sociales (repli, agressivité). De plus, des symptômes psychiatriques non spécifiques peuvent se manifester durant l'enfance et l'adolescence tels que des troubles anxieux, un trouble oppositionnel, un trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH), une dépression ou encore des traits de personnalité type schizotypique (surreprésentés dans les familles avec des personnes souffrant de schizophrénie). Des marqueurs de vulnérabilité paracliniques sont également retrouvés avec des anomalies cérébrales structurales et fonctionnelles à l'imagerie ainsi que des perturbations électrophysiologiques (12,13).

Suite à cette phase prémorbide, une phase prodromique peut être retrouvée chez environ 80-90% des cas dans les 2 à 5 ans précédant la transition psychotique (14). De nombreuses études ont tenté de définir ces prodromes et leur impact dans la prise en charge précoce. Ces prodromes peuvent être classés en symptômes précoces non spécifiques et en symptômes tardifs spécifiques (avec caractéristique psychotique atténuée ou transitoire) (13).

Dans une étude de Yung et McGorry (1996) s'intéressant à la description de ces prodromes, une grande variété de symptômes prodromiques a pu être retrouvée (15) :

- Des symptômes dits « névrotiques » : l'anxiété, l'irritabilité, des caractéristiques obsessionnelles et compulsives ;
- Des symptômes thymiques : une humeur dépressive, une culpabilité, des idées suicidaires ou a contrario une exaltation de l'humeur ou des variations thymiques ;
- Des troubles de la volition : apathie, fatigue, perte d'énergie, ennui.
- Des symptômes physiques : plaintes somatiques, perte de poids ou d'appétit, troubles du sommeil ;
- Des symptômes cognitifs : difficultés de concentration, attention, de la mémoire, troubles de la pensée, du discours.
- Des changements de la perception : diminution de l'odorat, changement de perception du temps, augmentation ou réduction de l'intensité des perceptions.
- Une altération de la perception de soi-même, des autres et de l'environnement
- Des anomalies motrices
- Une méfiance
- Des perturbations du comportement : un retrait social, une agressivité, comportement auto agressif, impulsivité, désinhibition.

La durée minimale des symptômes retrouvée était de 3 jours et la plus longue était de 6 ans.

Les prodromes peuvent être considérés comme un mélange de symptômes psychotiques atténués, de symptômes psychiatriques non spécifiques et des changements du comportement (15).

Il est nécessaire de pouvoir identifier cette symptomatologie prodromique afin de permettre une intervention précoce. En effet, il a été constaté qu'une longue période de prodromes pouvait prédire un mauvais pronostic de la maladie (16).

Actuellement, il peut être décrit une phase précoce et tardive de prodromes. Durant cette phase précoce, il y est défini des symptômes de base. Les symptômes de base correspondent à des symptômes non spécifiques de perturbations cognitives, plutôt subjectifs et apparaissant dans les 5 ans avant le premier épisode psychotique. Ces perturbations cognitives touchent notamment la perception, le traitement de la pensée, le langage et l'attention, tout en restant distinctes de symptômes psychotiques (2).

Après cette période prodromale précoce, il a été défini des symptômes appartenant à une phase plus tardive avec un risque à court terme de transition psychotique, décrits dans la CAARMS (*Comprehensive Assessment of At Risk-Mental State*).

Afin de pouvoir identifier et prévenir le risque à court terme de transition psychotique, il a été défini un état mental à risque ou « At Risk Mental State, ARMS » ou encore « Ultra High Risk, UHR », développé par l'équipe de McGorry et Yung en Australie (14). Cet état mental à risque peut être identifié grâce à l'échelle de la CAARMS (13). Dans cet état mental à risque décrit par la CAARMS, on

retrouve la présence de symptômes psychotiques atténués (ou APS pour *attenuated psychotic symptoms*) et de symptômes psychotiques brefs intermittents (ou BLIPS pour *brief limited intermittent psychotic symptoms*) correspondant à la phase prodromale tardive. Le taux de transition psychotique parmi les sujets « UHR » est de 34,6% (13) et est défini par la présence de symptômes psychotiques pendant plus de 7 jours (12).

La CAARMS permet de définir 3 types de groupes d'individus à « ultra haut risque » (13,17) :

- Un groupe présentant des symptômes psychotiques (idées délirantes ou hallucinations) sans perte du sens critique ; désorganisation mais restant compréhensible ; traits de personnalité schizotypique (idée de référence, bizarrerie, pensées magiques). Ce groupe représente 85% des UHR (17,18) ;
- Un groupe présentant les symptômes psychotiques brefs intermittents avec perte du sens critique mais de durée inférieure à 7 jours (17) ;
- Un groupe présentant un risque génétique et une détérioration fonctionnelle (GRD pour Genetic Risk and Deterioration syndrome), correspondant à la présence d'un parent au premier degré ayant un trouble psychotique ou de la personnalité schizotypique, associée à une baisse du fonctionnement globale(14,17).

D'autres échelles ont été construites afin de définir l'état mental à risque de transition psychotique telle que la SOPS (Scale of Prodromal Symptoms) développée

par l'Université de Yale, recherchant les mêmes catégories de symptômes décrites précédemment (APS, BIPS et GRD) et retrouvant un taux de transition psychotique à 6 mois de 26,5% (13,14). La SOPS définit la transition psychotique par la présence de symptômes psychotiques plus d'une heure par jour, plus de 4 jours par semaine pendant un mois (12).

Associé à cet état mental à risque, il est fréquemment retrouvé des comorbidités psychiatriques comme les troubles anxieux, dépressif ou la consommation de substances. De plus, des altérations des performances scolaire, professionnelle ou encore sociales sont souvent constatées et altèrent la qualité de vie du patient (2).

La **figure 1** présente un modèle d'apparition de la psychose chez les sujets dits « à haut risque » de transition psychotique.

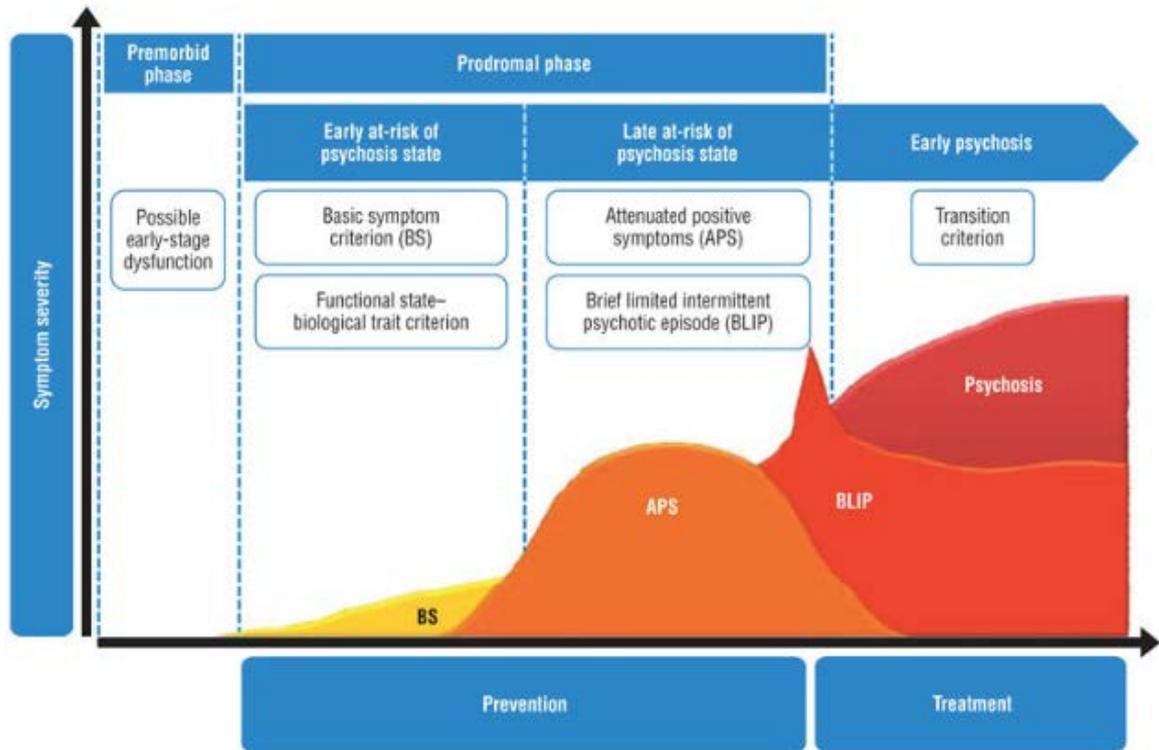


Figure 1. Modèle d'apparition de la psychose chez le sujet à haut risque (Fusar-Poli, 2013) (2)

Traduction : *Early at-risk of psychosis state* : État à risque de psychose, phase précoce ; *Late at-risk of psychosis state* : État à risque de psychose, phase tardive ; *Early psychosis* : Psychose débutante ; *Possible early stage dysfunction* : dysfonctions précoces possibles ; *Basic symptoms criterion* : critères des symptômes de base ; *Functional state-biological trait criterion* : critère d'altération fonctionnelle, trait biologique ; *APS* : symptômes positifs atténués ; *BLIP* : épisode psychotique intermittent)

3) Facteurs de risque d'émergence de troubles psychotiques

Afin d'expliquer l'émergence des troubles psychotiques, un modèle impliquant l'interaction entre l'environnement et le génome est utilisé. Ainsi, certains gènes prédisposeraient à l'émergence de troubles psychotiques au cours de leur vie. Ces gènes, en interaction avec l'environnement, entraîneraient une sensibilité plus marquée à des facteurs de l'environnement rencontrés aux différents temps de la vie (12).

En périnatal il est rapporté des facteurs tels que l'hypoxie fœtale, un déficit en folates fœtaux ou maternels, les infections lors de la grossesse, le stress et l'âge paternel. Dans l'enfance et l'adolescence, des facteurs tels que la maltraitance, la négligence et les abus sexuels, la perte d'un parent ou une longue séparation parentale ou tout autre évènement de vie stressant peuvent majorer le risque de psychose (5). Ces facteurs de risque pourraient être expliqués par un lien entre l'axe hypothalamo-hypophysaire et les évènements de vie stressant tels que les abus subis dans l'enfance chez les individus prédisposés génétiquement. Chez les patients présentant un PEP, un taux élevé de cortisol diurne et des marqueurs de l'inflammation (CRP, TNF alpha, interleukine 1 et 6) sont constatés (19).

Dans l'enfance, différents facteurs d'adversité sociale peuvent également majorer le risque de trouble psychotique comme l'exposition à la précarité sociale, l'absence d'emploi des parents, un statut socio-économique faible des parents ou encore le fait de vivre dans un foyer monoparental (19,20).

Un certain nombre de facteurs de risque urbains et sociaux pouvant favoriser l'apparition de troubles psychotiques tels que la schizophrénie (20). En effet, il a pu

être démontré que le risque était plus élevé dans les zones urbaines centrales, avec une variation de l'incidence selon la zone géographique. De plus, il a été relevé l'impact de l'environnement urbain sur le développement de l'individu, particulièrement dans les zones où l'on retrouve une fragmentation sociale et ethnique importante (5,20).

Il a également été constaté que le risque de troubles psychotiques tels que la schizophrénie était plus élevé chez les premières et deuxièmes générations de migrants, particulièrement celles avec une exclusion sociale et une discrimination raciale importantes. D'autres facteurs sociodémographiques, telles que l'exclusion sociale, la pauvreté, le manque d'accès aux soins, et les consommations de drogues notamment de cannabis, sont aussi impliqués dans le développement de troubles psychotiques (20).

La consommation de toxiques, et particulièrement de cannabis, est un facteur de risque régulièrement retrouvé chez les patients débutant un trouble psychotique. Ainsi, il a pu être retrouvé un risque trois fois plus élevé chez les patients consommant du cannabis avec un taux important en delta-9-tetrahydrocannabinol (THC). Lorsque les consommations étaient quotidiennes, le risque pouvait être multiplié par cinq. Cette sensibilité au cannabis pouvant induire un trouble psychotique pourrait être expliqué par une interaction génétique avec l'exposition au cannabis (19).

D'autre part, le modèle neurodéveloppemental est également utilisé pour expliquer l'émergence de la schizophrénie. Ainsi, il est supposé la présence d'atteintes cérébrales précoces et tardives du développement et de la maturation cérébrale. Certains gènes pouvant favoriser la schizophrénie toucheraient les

différents processus de développement cérébral (NRG1, GAD1, DISC1, DTNBP1, GRM3). Ces facteurs de risque génétique sont en interaction avec l'environnement de l'individu dès la vie intra-utérine (infections maternelles, complications de la grossesse), modulant l'expression ou non de la maladie. Le terme de « double atteinte » est utilisé dans ce modèle, afin d'expliquer une atteinte cérébrale précoce en début de vie puis lors de la maturation cérébrale à l'adolescence (12).

4) La durée de psychose non traitée

La période entre l'apparition du premier épisode psychotique et l'initiation du traitement correspond à la durée de psychose non traitée (DPNT), pouvant durer entre 1 à 2 ans (1).

Toutefois, quelques subtilités persistent concernant cette définition, notamment par rapport à l'initiation du traitement. En effet, selon les études, l'initiation du traitement peut être définie par la mise en place d'un traitement antipsychotique pour la première fois, la première prise en charge dans un service de psychiatrie, la première prise charge dans un service spécialisé ou le premier antipsychotique jugé efficace (3). Dans une étude de McGlashan et collaborateurs, la DPNT mesurée à travers 10 études variait entre 1 à 2 ans en moyenne, avec une médiane à 6 mois. Une répartition bimodale de la DPNT était constatée avec un pic à 3 mois puis à 2 ans (21). En France, une étude menée à travers 10 centres experts de la schizophrénie de 2010 à 2016 retrouvait une DPNT de 1,5 ans et 16,7% des patients présentaient une longue DPNT (plus de 2 ans) (22).

- **La durée de psychose non traitée comme facteur prédictif**

La durée de psychose non traitée (DPNT) conditionne par la suite de nombreux éléments prédictifs de la maladie tels que la réponse au traitement, l'évolution de la maladie et des symptômes résiduels, ainsi que les conséquences cognitives et sociales. Ainsi, une DPNT plus courte est associée à une meilleure réponse au traitement et une meilleure amélioration des symptômes négatifs avec le traitement (23). On retrouve également une association entre une DPNT plus courte et un meilleur taux de rémission et de rechute, un meilleur fonctionnement global, une meilleure qualité de vie, et moins de symptômes négatifs à court terme (3).

A contrario, une DPNT plus longue est associée à une moins bonne amélioration des symptômes et du fonctionnement socio-professionnel après le traitement (23). Elle serait également associée à un taux de rechute plus important, une persistance des consommations de toxiques et un mauvais pronostic à moyen terme (3,23,24).

- **Facteurs prédictifs de la DPNT**

Avec ces éléments montrant l'impact pronostique de la DPNT sur l'évolution de la maladie, plusieurs études se sont intéressées aux facteurs pouvant réduire ou allonger cette DPNT. Dans une étude de Schimmelman et al., une longue DPNT était significativement associée à un mauvais fonctionnement prémorbide, un âge jeune au moment du début des symptômes et moins d'activité professionnelle (24).

D'autres facteurs cliniques peuvent allonger cette DPNT, tels qu'un défaut

d'insight, un repli sur soi, de bonnes performances cognitives (permettant une meilleure adaptation aux symptômes), un début insidieux (3,11). De plus, il semble qu'un mauvais fonctionnement prémorbide et un début insidieux constituent par la suite des facteurs de mauvais pronostic. En revanche, la DPNT est plus courte lors d'une apparition aiguë des symptômes (25). Chez les personnes présentant un trouble schizophrénique ou schizo-affectif diagnostiqué, la DPNT était allongée par rapport aux troubles affectifs avec caractéristiques psychotiques (23).

Par ailleurs, des facteurs sociodémographiques sont significativement associés à une DPNT plus longue tels les antécédents d'incarcération, la maltraitance pendant l'enfance, la pauvreté, l'absence d'assurance maladie, les problèmes financiers, les barrières d'accès aux soins et le statut professionnel (26–28). Le fait de vivre avec des membres de sa famille était significativement associée à une diminution de la DPNT ainsi que le fait d'avoir un travail ou d'être étudiant (27).

Il a pu être constaté que la consommation de cannabis était associée à un âge de début des troubles plus jeune et une DPNT plus courte, avec des symptômes positifs plus sévères chez les consommateurs de cannabis (29).

Certaines études concernant le premier épisode psychotique ont révélé qu'un antécédent d'incarcération pendant la DPNT pouvait majorer celle-ci. L'incarcération pendant la DPNT augmenterait la sévérité des symptômes positifs, le temps de réponse au traitement, et serait associée à un niveau académique plus faible (30).

La DPNT constitue une période avec un risque plus important de passage à l'acte hétéro-agressif (31). Une étude s'intéressant aux homicides commis pendant une décompensation psychotique retrouvait que 38,5% des homicides étaient réalisés pendant la DPNT. D'autres données suggèrent qu'une DPNT plus longue serait

associé à un risque de violence pendant le PEP (33).

Ainsi, la durée de psychose non traitée constitue en elle-même un facteur prédictif de la maladie, démontrant la nécessité d'une intervention la plus précoce possible dans la prise en charge des PEP, notamment par l'identification de ces différents facteurs susceptibles d'influencer la DPNT et donc le pronostic du PEP.

5) Évolution après le premier épisode psychotique

Le premier épisode psychotique (PEP) peut évoluer vers une rémission, un rétablissement, ou être un mode d'entrée dans un trouble psychiatrique chronique tel que le trouble bipolaire ou le trouble psychotique (1).

Au sein de la classification du DSM 5, les troubles psychotiques y sont définis parmi lesquels on retrouve : la schizophrénie, le trouble schizo-affectif, le trouble schizophréniforme, le trouble psychotique bref, le trouble délirant, le trouble psychotique lié à une substance, une cause organique ou médicamenteuse.

Les patients souffrant de troubles psychotiques sont souvent touchés par un isolement, une atteinte de leur autonomie et une plus grande détresse psychologique. En lien avec cette souffrance, le risque suicidaire est plus élevé chez ces patients. En effet, un patient sur deux atteint de schizophrénie réalisera une tentative de suicide au cours de sa vie (34).

La schizophrénie est définie par la présence d'au moins deux syndromes parmi les trois suivants :

- Le *syndrome positif* caractérisé par la présence d'hallucinations et d'idées délirantes
- Le *syndrome négatif* avec l'anhédonie, l'aboulie, le repli autistique
- Le *syndrome de désorganisation* pouvant être cognitive, affective ou comportemental

En France, la schizophrénie touche 600 000 personnes, ce qui représente une prévalence d'environ 1% dans l'ensemble de la population. On estime l'incidence de cette pathologie à 10 000 nouveaux cas par an. Le sexe ratio est de 1, bien que les hommes soient souvent touchés plus précocement que les femmes (34). Elle représente la troisième cause de handicap fonctionnel chez les jeunes de 10 à 24 ans (17).

Le terme de rémission peut être défini comme la présence de symptômes positifs et négatifs minimes pendant au moins 6 mois. Le terme de rétablissement peut être défini par une rémission stable des symptômes sur une période d'au moins 2 ans (35).

Dans une étude s'intéressant au suivi sur 10 ans de personnes ayant eu un PEP, celle-ci retrouvait une absence de nouvel épisode pour 12% des patients. Au niveau du diagnostic initial posé, 72,4% étaient diagnostiquées avec un trouble psychotique non affectif, 13,4% avec un trouble maniaque et environ 14% avec un trouble dépressif (35). Le suivi à long terme montrait que pour la majorité des patients, il était retrouvé une récupération symptomatique et un faible nombre de

nouvelles hospitalisations, tandis qu'environ un quart des cas présentaient une évolution chronique de la maladie. Ces données laissent à penser qu'après un PEP, le taux de rémission serait non négligeable. Les données concernant le taux de rechute de symptômes psychotiques peuvent varier selon les études, une méta-analyse l'estimait à 28% à 1 an et de 54% à 3 ans (36). Une autre étude retrouvait des données plus favorables avec un taux de rémission des PEP de 58% à 5,5 ans de suivi et un taux de rétablissement de 38% à 7,2 ans de suivi (37).

En revanche au niveau social, les résultats montraient une tendance à l'exclusion sociale dès le début de la maladie persistant sur le long terme, avec des taux importants de chômage (seulement 22% avec un emploi rémunéré à 10 ans) et de patients principalement célibataires (35).

Différents facteurs pronostiques de rémission ou de rechutes ont pu être identifiés. Ainsi, il a pu être retrouvé qu'un mauvais fonctionnement prémorbide, une consommation de toxiques et la mauvaise adhérence au traitement antipsychotique étaient significativement associés à un risque de rechute après un PEP (36). Une étude concernant les facteurs pronostiques initiaux d'une durée plus longue de psychose sur 10 ans retrouvait comme facteurs : une durée de psychose non traitée (DPNT) supérieure à 26 semaines, un trouble du spectre de la schizophrénie diagnostiqué, l'absence de rémission dans les 3 mois après le début du PEP et une détérioration dans le fonctionnement social prémorbide (38).

La DPNT, que nous avons définie et développée précédemment, est un facteur pronostic important dans le PEP, notamment concernant la réponse au traitement, l'évolution des symptômes, le fonctionnement global et la qualité de vie après le PEP.

Certains facteurs semblent avoir été identifiés comme associés à un meilleur taux de rémission sur le long terme après l'arrêt progressif du traitement, tels qu'un nombre d'années d'étude plus important et une rémission stable à 2 ans. En revanche, les personnes arrêtant le traitement rechuteraient plus tôt que celles poursuivant leur traitement (39). L'arrêt du traitement après la période de traitement recommandée (1 à 2 ans), est à réaliser sur 3 à 6 mois, avec un suivi médical renforcé et une vigilance sur l'apparition de signes de décompensation (6).

6) Prise en charge du premier épisode psychotique

Lors de la prise en charge d'un premier épisode psychotique (PEP), il est nécessaire de réaliser un bilan multidisciplinaire du patient comprenant (1,40,41) :

- Une évaluation psychiatrique ;
- Une évaluation biologique (3% des PEP sont d'origine organique) ;
- Une évaluation cognitive et neurodéveloppementale ;
- Une évaluation des consommations de substances associées ;
- Une évaluation du risque suicidaire, du risque d'hétéro-agressivité, de victimisation et d'abus subis ;
- Une évaluation neuropsychologique ;
- Une évaluation sociale (logement, activités, relations sociales, professionnelles, ethnicité) ;
- Une évaluation professionnelle et du niveau scolaire (niveau d'étude, diplôme, profession) ;
- Une évaluation de la qualité de vie et du statut socioéconomique.

Ainsi, au niveau des examens à réaliser, les recommandations australiennes décrivent un bilan devant comprendre (40) :

- Un examen neurologique
- Le poids, le tour de taille, l'IMC
- Pression artérielle, fréquence cardiaque, température
- Antécédents familiaux notamment antécédents cardiologiques, anomalies bilan lipidique, diabète
- Intoxication tabagique, antécédent de consommation d'alcool ou de toxiques
- Niveau d'activité physique
- Chez la femme : date des dernières règles, possibilité d'une grossesse
- Électrocardiogramme (ECG)
- NFS, ionogramme avec calcémie
- Bilan hépatique et rénal (avec clairance créatinine)
- Taux de sédimentation érythrocytaire
- Anticorps antinucléaires
- Glycémie à jeun, exploration d'une anomalie lipidique
- Prolactinémie
- Hépatite C si à risque, VIH, sérologie syphilis
- Exploration fonction thyroïdienne (TSH, T3 totale et T3L, T4)
- Cuivre sérique et céruléoplasmine
- Folates et B12
- Recherche de toxiques urinaires

- IRM cérébrale
- D'autres examens si nécessaires, tels que : un électroencéphalogramme, une ponction lombaire, une radiographie pulmonaire, un caryotype, une recherche de métaux lourds.

Après cette évaluation complète réalisée, la mise en place d'un traitement antipsychotique sera nécessaire dans la prise en charge du PEP après avoir éliminé une origine organique ou toxique (40).

Par la suite, le traitement doit être instauré progressivement en recherchant la dose minimale efficace, les doses nécessaires étant souvent moins élevées que dans le trouble chronique et l'amélioration est souvent plus rapide dans les PEP. Il ne faut pas réaliser de doses de charge de traitement, majorant les effets secondaires du traitement (40). Il faut privilégier la monothérapie et prévenir les effets indésirables souvent plus présents chez cette population naïve de traitement antipsychotique (1,41). L'information au patient concernant son traitement et ses effets est primordiale afin de construire une alliance durable et une adhésion au traitement (12).

Les antipsychotiques atypiques sont privilégiés, la réponse des symptômes négatifs étant souvent meilleure et les effets indésirables extrapyramidaux moins présents (1). Par la suite ce traitement sera à poursuivre durant 1 à 2 ans en cas d'épisode unique, mais il pourra être prolongé jusqu'à 5 ans en cas de deux rechutes ou plus, avec parfois une posologie plus élevée qu'initialement (6,42). Les patients ayant été malades sur une période prolongée avant le traitement, qui répondent aux critères de la schizophrénie dès le premier contact, ou qui présentent des

antécédents de comportements violents ou suicidaires peuvent avoir besoin d'une période de traitement plus longue avant d'essayer un arrêt progressif du traitement antipsychotique (6).

En cas de résistance au traitement de première ligne, soit au-delà de deux traitements antipsychotiques à posologie adaptée et sur une durée de temps suffisante (de 6 à 8 semaines), un traitement par olanzapine (2^{ème} ligne) peut être instauré après avoir éliminé une mauvaise prise de traitement, une pathologie somatique, ou une prise de toxique associée (40,42). En cas d'absence de réponse, un traitement par clozapine avec surveillance biologique de la NFS (numération de la formule sanguine) est indiqué.

Par ailleurs, l'apparition d'effets secondaires doit être surveillée, avec l'instauration d'un traitement correcteur si nécessaire. Au niveau somatique, il est recommandé de surveiller régulièrement les paramètres cardiologiques (pression artérielle, fréquence cardiaque, ECG), métaboliques (poids, périmètre abdominal, bilan lipidique, glycémie à jeun), rénaux et hépatiques (41,42).

Associée à l'introduction d'un traitement antipsychotique, la prise en charge doit également comprendre une psychoéducation personnelle et familiale afin d'aider à la connaissance de la maladie, du traitement et des règles hygiéno-diététiques. Un suivi psychologique peut être initié avec une thérapie cognitivo-comportementale afin d'apaiser certains symptômes résiduels comme l'anxiété. Pour améliorer les troubles cognitifs présents dans le PEP, la remédiation cognitive permet de travailler ses différents aspects (attention, mémoire, habilités sociales) après la résolution des symptômes psychotiques (1,40). En cas de comorbidités addictives, une prise en charge spécialisée doit également être discutée et proposée au patient. Si

nécessaire, des traitements antidépresseurs ou stabilisateurs de l'humeur peuvent être associés au traitement antipsychotique en cas de trouble anxieux ou thymique. Des groupes de soutien peuvent être proposés aux patients et à leur famille (12,41,43).

Une prise en charge scolaire et/ou sociale est aussi à mettre en place, pour évaluer et accompagner le retour dans les études ou au travail, proposer des formations et évaluer la nécessité d'aides sociales (41,42).

Afin d'améliorer l'évolution à long terme du PEP, des services d'intervention précoce se développent à travers le monde. L'objectif principal de ces services est de pouvoir proposer une détection et une intervention complète et précoce afin d'améliorer l'évolution à long terme de la maladie.

Les services d'intervention précoce doivent inclure en plus du traitement antipsychotique, un travail familial, un développement des compétences sociales, des psychothérapies type TCC (thérapie cognitivo-comportementale), une prise en charge professionnelle et éducative, une équipe de réponses et de gestion de crises. Pour accompagner le patient dans la reprise de son parcours de vie, un « case management » ou gestionnaire de cas est recommandé, bien que peu développé pour le moment (44).

L'enjeu d'une prise en charge précoce du premier épisode psychotique est indispensable, au vu de l'évolution possible et de l'entrée dans un trouble psychotique tel que la schizophrénie. Cette prise en charge précoce semble primordiale au sein des populations les plus vulnérables, au premier rang desquelles figurent les personnes détenues.

B- Le milieu carcéral

1) Présentation du système carcéral français

- **Le parcours carcéral**

Il existe trois grands temps lors d'une procédure pénale : la phase pré-sentencielle, le jugement, la phase post-sentencielle.

Dans le Code pénal français, on retrouve trois types d'infraction et les peines s'y rattachant (*articles 131-1 à 131-49* du Code pénal) :

- Les contraventions (jugées devant le tribunal de police) : 5 classes de contraventions, sanctionnées par une amende ;
- Les délits (jugés devant le tribunal correctionnel) : peine encourue de moins de 10 ans de prison et/ou amende d'au moins 3750 € ;
- Les crimes (jugés devant la cour d'assise) : peine encourue de plus de 10 ans.

Suite à la garde à vue et à la mise en examen, la personne peut être mise en détention provisoire pour les affaires correctionnelles (délits) ou criminelles (crimes). Le statut d'une personne détenue varie selon le moment de son affaire et de son jugement. La personne placée en détention provisoire avant son jugement peut avoir le statut de prévenu (délit) ou d'accusé (crime). A l'issue de son jugement, si la personne est condamnée à une peine d'emprisonnement, elle aura alors le statut de condamné.

- **La détention**

Le système carcéral français est placé sous la direction du ministère de la Justice. En France en décembre 2020, on dénombrait 62 935 personnes détenues (capacité opérationnelle de 60 626 places) au sein des différentes prisons françaises, avec un taux d'occupation de 104% (allant jusqu'à 120% dans les maisons d'arrêt) (45). La personne écrouée est placée par décision juridique sous la responsabilité d'un établissement pénitentiaire. Toutefois, la personne écrouée peut être détenue ou non dans cet établissement pénitentiaire. Ainsi, les personnes écrouées non détenues peuvent être en « placement sous surveillance électronique » ou en « placement à l'extérieur ».

L'effectif des personnes détenues ne cesse de croître depuis le début des années 2000 (46). Une diminution de 12,5% du nombre de personnes détenues est retrouvée en fin d'année 2020 par rapport à 2019, mais cette diminution est à mettre en lien avec la pandémie de COVID19, ayant entraîné une chute du nombre de personnes détenues à partir de mars 2020, et une nouvelle majoration des personnes détenues et condamnées est constatée à partir de septembre 2020 (45).

En 2020, les prévenus représentent 32% de la population des personnes écrouées détenues (45). Chez les personnes condamnées, 46% le sont pour une peine de moins d'un an et 21% pour une peine de 5 ans ou plus (46). Parmi les personnes détenues, on retrouve une grande majorité d'hommes majeurs, avec seulement 3,3% de femmes et 1,2% de mineurs détenus (45).

En France, il existe 9 directions inter-régionales des services pénitentiaires. Ces structures sont chargées de la coordination et du contrôle des activités des établissements pénitentiaires et des services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP) qui sont sous leur autorité (47).

On retrouve 188 établissements pénitentiaires, différenciés en deux types de structures, les maisons d'arrêt et les établissements pour peine. Les maisons d'arrêt accueillent les prévenus ou les condamnés dont la peine est inférieure à 2 ans. Dans les établissements pour peine, on retrouve (48) :

- Les maisons centrales : établissements pour les personnes condamnées à une longue peine d'incarcération ou présentant des risques particuliers
- Les centres de détention : établissements pour les personnes condamnées à une peine supérieure à 2 ans avec un objectif de réinsertion sociale.
- Les centres pénitentiaires : établissements mixtes comprenant 2 types de structures (une partie maison d'arrêt, et une autre maison centrale ou centre de détention).
- Les centres de semi-liberté : établissements pour les personnes condamnées mais avec un régime de semi-liberté permettant aux détenus de sortir de l'établissement la journée dans le cadre d'un projet professionnel, de formation, médical, dans un objectif de réinsertion et de prévention de la récidive.
- Les quartiers pour peine aménagée : pour les personnes sous le régime de la semi-liberté, d'un placement à l'extérieur ou

condamnées à moins d'un an, toujours dans l'optique du travail de réinsertion.

- Les établissements pénitentiaires pour mineurs, au nombre de 6.

Associés aux établissements pénitentiaires, on retrouve 103 services pénitentiaires d'insertion et de probation dont les objectifs sont la réinsertion socioprofessionnelle des individus, la prévention de l'isolement social en maintenant le lien avec l'extérieur, et assurent le suivi et le contrôle des personnes placées sous main de justice. (47)

2) Organisation des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire

- **Évolution du dispositif de soins actuel**

Depuis la fin de la Seconde Guerre Mondiale, les établissements pénitentiaires doivent accueillir des services médico-psychologiques visant à dépister et traiter les détenus présentant une maladie mentale. Avec la circulaire du 30 juillet 1967, les centres médico-psychologiques régionaux (CMPR) voient le jour en détention avec la création de 17 CMPR (4 fonctionneront) (49). Ces différentes directives s'inscrivent dans la nécessité de prise en charge des personnes détenues présentant des troubles psychiatriques.

Depuis la loi du 31 décembre 1985 concernant la sectorisation psychiatrique, il est institué le secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire (SPMP), chargé de la

réalisation des soins psychiatriques de la population carcérale dans les établissements pénitentiaires du secteur concerné. Chaque secteur est rattaché à un établissement hospitalier public (50). Suite à cette loi, les services médico-psychologiques régionaux (SMPR) seront créés avec la loi du 14 mars 1986. Ils se sont développés au nombre de 26 dont trois dans les départements d'outre-mer (50,51).

Par ailleurs, la loi du 18 janvier 1994 transfère la responsabilité de la prise en charge sanitaire des personnes détenues du ministère de la Justice au ministère de la Santé. Cette loi entraîne la création des unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA). Les UCSA fonctionnent à partir du 1^{er} janvier 1996 et prennent en charge les consultations psychiatriques et somatiques. Ces consultations psychiatriques sont réalisées par les psychiatres intervenant dans les secteurs de psychiatrie générale auxquels sont rattachés les établissements n'accueillant pas de SMPR. Avec cette loi, les détenus sont affiliés au régime général d'assurance maladie, afin de répondre à l'objectif de prise en charge sanitaire globale et de réduire l'inégalité d'accès aux soins en milieu carcéral (49–51).

En 2012, les UCSA et les SMPR deviennent les unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP) (50). Les SMPR n'étant pas implantés dans chaque établissement pénitentiaire, des dispositifs de soins psychiatriques (DSP) permettent la prise en charge psychiatrique au sein des UCSA, en lien avec le secteur de psychiatrie générale (93 secteurs au total) (49,50).

- **Missions de santé en milieu carcéral**

Les soins dispensés par les SMPR comprennent les consultations psychiatriques,

des activités thérapeutiques et une activité d'hôpital de jour (HDJ), exerçant une coordination des soins à un niveau régional. Au sein de ces structures, des cellules spécifiques sont dédiées à la prise en charge spécialisée des personnes détenues avec la réalisation d'actes de soins la journée et le maintien dans ces cellules pour la nuit. Ces cellules restent sous la surveillance de l'administration pénitentiaire (50,51).

Afin de répondre aux demandes d'hospitalisation en psychiatrie pour les personnes détenues et d'éviter la mise en hospitalisation sur le secteur de psychiatrie générale, la loi du 9 septembre 2002 crée les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) (51).

Les UHSA permettent l'hospitalisation en soins libres (SL) ou en soins à la demande d'un représentant de l'Etat (SDRE) dans des structures adaptées et spécifiquement dédiées à la population carcérale. Ces structures sont surveillées par l'administration pénitentiaire mais celle-ci n'est pas présente dans les services hospitaliers. Il est prévu l'ouverture de 17 UHSA pour un total de 705 places. Pour le moment, 9 UHSA ont été ouvertes, représentant 440 lits d'hospitalisation à temps complet (49). Avant l'ouverture de ces structures, les patients nécessitant une hospitalisation en psychiatrie étaient obligatoirement hospitalisés sans leur consentement conformément à l'article D398 du Code de procédure pénale dans les hôpitaux de psychiatrie générale du secteur de leur lieu de détention. Cette modalité d'hospitalisation, toujours présente, entraîne régulièrement une diminution du temps d'hospitalisation et une utilisation majorée de l'isolement et parfois de la contention, face à la crainte du risque d'évasion liée à l'absence de garde policière. Lorsque la personne présente un état dangereux psychiatrique, une hospitalisation en unité pour malades difficiles (UMD) peut être indiquée (49,50).

Au niveau somatique, les UCSA assurent les soins en médecine générale, dentaires, la délivrance des traitements par les infirmiers. Lorsque la réalisation d'examens complémentaires ou de consultations spécialisées ne sont pas réalisables sur place, ou que le patient nécessite une hospitalisation de moins de 48 heures, ces actes sont réalisés dans les hôpitaux de proximité. Les UCSA sont également chargées de l'organisation du suivi en post-carcéral en lien avec le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP). Une consultations post-carcérale doit normalement être organisée par le médecin généraliste dans le mois suivant la libération, pouvant être associée à une consultation psychiatrique (souvent difficile à organiser) (49,50).

L'organisation des soins psychiatriques et somatiques aux personnes détenues repose ainsi sur une intervention en trois niveaux (52) (voir **Figure 2**) :

- **Niveau 1** : prise en charge ambulatoire au sein des USMP pour les consultations, prestations et activités (dont celles au centre d'accueil thérapeutique à temps partiel -CATTP-).
- **Niveau 2** : prise en charge à temps partiel. A l'HDJ du SMPR pour la psychiatrie. Dans des chambres sécurisées des établissements hospitaliers de rattachement pour les soins somatiques.
- **Niveau 3** : prise en charge en hospitalisation à temps complet. En psychiatrie, ces soins peuvent avoir lieu au sein des UHSA (en SDRE ou en SL), dans les établissements de psychiatrie autorisés conformément à l'article D398 du code de procédure pénal (en SDRE), ou dans les UMD. Pour les soins somatiques, ils peuvent

avoir lieu dans les chambres sécurisées des établissements de proximité, dans les UHSI (unité hospitalière sécurisée interrégionale) pour les hospitalisations de plus de 48h ou dans l'établissement public de santé nationale de Fresnes (ayant une activité de médecine générale, de médecine physique et de réadaptation, de soins de suite).

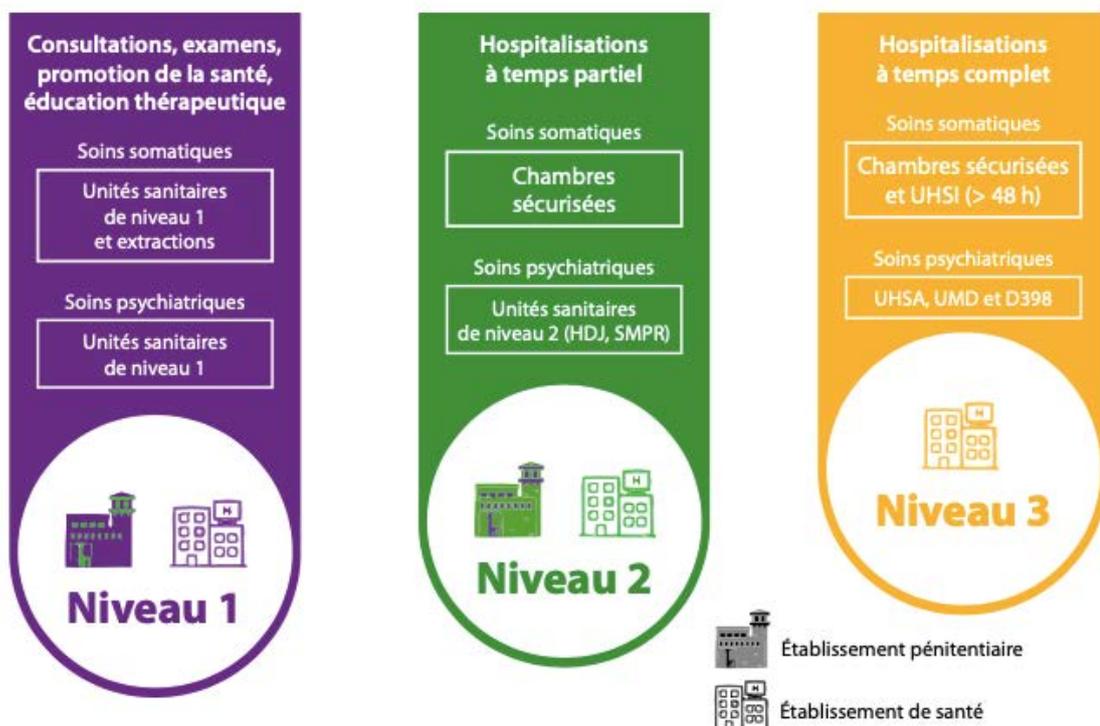


Figure 2

« Prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice »,

Ministère de la justice, Ministère des solidarités et de la santé

Les missions des USMP sont de réaliser auprès des personnes détenues la promotion de la santé avec des actes de :

- Prévention (vaccination, éducation, dépistage) ;
- Réduction des risques ;
- Soins. (52)

Lors de l'accueil des personnes incarcérées, une consultation « arrivants » est réalisée au sein des USMP. La consultation psychiatrique, menée par un psychologue ou un psychiatre permet de présenter le dispositif de soins psychiatriques au sein de l'USMP. Il est également recherché la présence d'antécédents psychiatriques, de consommation de toxiques ou d'un traitement en cours. Le praticien doit être vigilant à la présence d'un « choc carcéral » et de la présence d'un risque suicidaire (49). Le taux de suicide en population carcérale est 7 fois plus élevé qu'en population générale et constitue l'une des premières causes de mortalité en détention (53).

Par la suite, la personne détenue pourra solliciter les soins par un courrier à destination du SMPR ou du DSP. Toutefois, la demande de soins peut parfois être difficile en lien avec la fragilité des personnes, l'absence de conscience des troubles ou la crainte de la stigmatisation. Des signalements peuvent être effectués par le personnel soignant, mais également les surveillants pénitentiaires, le SPIP ou les magistrats (49). Le patient reste libre de consentir ou non aux soins psychiatriques en détention. Les soignants doivent continuer de respecter le secret médical et garder leur indépendance face à l'administration pénitentiaire et judiciaire.

C- Santé mentale des personnes détenues

1) Prévalence des troubles psychiatriques

En milieu carcéral, la prévalence des troubles psychiatriques peut varier selon les études, mais les données démontrent une surreprésentation des troubles psychiatriques dans cette population. Les études internationales de Fazel et de ses collaborateurs ont retrouvé des prévalences de 3,7% de troubles psychotiques et d'environ 10% d'épisodes dépressifs caractérisés chez les hommes incarcérés dans les pays occidentaux (54).

Dans le Nord de la France, une étude sur la prévalence des troubles psychiatriques à l'admission en prison retrouvait une prévalence de près d'un détenu sur trois avec au moins un trouble psychiatrique (63,3%). Parmi cette population étudiée, il était retrouvé une prévalence 2 à 3 fois plus importante de troubles psychiatriques sévères par rapport à la population générale. Ainsi, les troubles psychotiques étaient présents chez 6,9% en milieu carcéral contre 2,3% en milieu communautaire, tandis que la prévalence des troubles de l'humeur était évaluée à 31,2% dans la population carcérale contre 14,6% en milieu communautaire. Les consommations de toxiques (y compris l'alcool) étaient évaluées à 53,5%, avec notamment une consommation de cannabis de 45,2% (55).

Une étude de Falissard et de ses collaborateurs en 2006 retrouvait également une prévalence élevée des troubles psychiatriques. Ainsi, les troubles de l'humeur

étaient retrouvés chez 28% des personnes détenues et les troubles psychotiques à 17%. Concernant la consommation de substances, celle-ci était estimée à 19,1%.

Un point important de cette étude concernait la sévérité des troubles, évaluée via la *Clinical Global Impression scale* permettant d'évaluer la sévérité clinique sur une échelle allant de 0 à 7. Ainsi, il était retrouvé que 35,5% des personnes étaient évalués entre « manifestement malade » et « parmi les plus malades », montrant la sévérité des troubles psychiatrique présents en milieu carcéral (56).

Malgré les différences de prévalences, ces études permettent de mettre en lumière la surreprésentation des troubles psychiatriques et notamment psychotiques chez les personnes incarcérées par rapport à la population générale.

Pour les troubles psychotiques, l'évaluation des symptômes s'y rapportant peut s'avérer compliquée en milieu carcéral notamment concernant les idées délirantes, les vécus de persécution ou de déréalisation, en lien avec l'emprisonnement et l'isolement vécus par la personne. En effet, les personnes détenues doivent faire face à un environnement extrêmement difficile en lien avec la surpopulation, l'isolement affectif des proches, l'inactivité, les conflits (parfois avec l'administration pénitentiaire). Ces facteurs de stress cumulés peuvent favoriser la décompensation de trouble psychiatrique chronique mais également entraîner l'apparition de symptômes aigus (crise suicidaire, anxiété, tristesse, insomnie...). Pour ceux n'ayant pas de pathologie psychiatrique diagnostiquée dans le passé, l'incarcération peut être un facteur de stress majeur pouvant précipiter l'entrée d'un trouble psychiatrique tels que des troubles de l'humeur, anxieux ou encore psychotiques (57).

Le rapport de 2016, L'organisation non gouvernementale *Human Rights Watch* rapporte la double peine des personnes détenues avec des troubles psychiatriques

en France. Il y est décrit les conditions de détention difficiles (violence, inactivité, isolement, manque d'intimité, surpopulation) auxquelles s'ajoutent le manque de moyen et d'accès aux soins psychiatriques (manque de personnels) pour les personnes détenues pouvant donner lieu à un manque de détection de certains troubles psychiatriques dont les troubles psychotiques (58).

En lien avec cette sur représentation des troubles psychiatriques en détention, on retrouve que 6,6% des personnes détenues ont été hospitalisées en 2016 (contre 6 pour 1000 habitants en population communautaire la même année) et les troubles psychotiques représentaient 31% de ces hospitalisations (59).

Ces différentes études permettent de montrer l'importance du trouble psychotique en détention et de la nécessité de prise en charge de cette population spécifique qui combine souvent facteurs de risque, comorbidités psychiatriques et addictologiques.

2) Le suicide en prison

Une étude de Fazel et collaborateurs retrouvait des taux de suicide de plus de 100 pour 100 000 détenus dans les pays du Nord de l'Europe (sauf le Danemark) et d'Europe de l'Ouest avec la France et la Belgique. En revanche, des taux variant entre 23 et 67 pour 100 000 détenus étaient retrouvés en Amérique du Nord et en Australie (60).

En détention, le suicide est l'une des premières causes de décès. En France, la mortalité par suicide des personnes détenues est 7 fois plus importante par rapport à celle de la population générale. Un certain nombre de facteurs de risque ont pu être

identifiés au niveau démographique, psychosocial, clinique, environnemental en détention, criminologique et judiciaire. Parmi ces facteurs on retrouve significativement associé l'isolement physique, les antécédents de troubles psychiatriques et de tentatives de suicide. D'autres sont décrits comme le motif d'incarcération (homicide), la réclusion criminelle à perpétuité, le sexe masculin, l'origine caucasienne et le statut marié.

Des périodes à risque sont rapportées, notamment la période post incarcération et la période post libération immédiate (dans les 2 semaines) avec un risque multiplié par 4. (53)

3) Le premier épisode psychotique en milieu carcéral

Concernant le premier épisode psychotique en secteur carcéral, il existe peu de données concernant son incidence en détention. Toutefois, il existe quelques études concernant les états mentaux à haut risque de transition psychotique en milieu carcéral.

Dans une étude s'intéressant à la détection des états mentaux à risque de transition psychotique dans une prison londonienne, il a pu être retrouvé un taux de 5% de sujets à haut risque de transition psychotique (ARMS) et de 3% de premier épisode psychotique dans cette population étudiée (61).

Une autre étude, portant sur une population d'hommes plus jeunes (16-20 ans) et nouvellement incarcérés, retrouvait une prévalence plus élevée des états mentaux à risque de transition psychotique avec taux de 22,8%. De plus, il semble que la polyconsommation de toxiques soit associée à une majoration du risque d'état

mental à risque (62).

Il semble exister une vulnérabilité sociale et psychiatrique de cette population UHR et de PEP en milieu carcéral. Des prévalences élevées d'antécédents de suicide ou d'automutilations, d'anxiété et de dépression chez ces patients ont été constatées. Au niveau sociodémographique, il était retrouvé un taux plus important de personnes sans qualification professionnelle et de personnes sans domicile fixe avant l'incarcération (63).

D'autres études se sont intéressées au PEP dans le système judiciaire. Ainsi, une étude australienne retrouvait que les premiers diagnostics de trouble psychotique avaient lieu en détention dans 1,7% des cas. Pour les diagnostics posés en détention, il s'agissait le plus souvent d'hommes, avec un statut célibataire, d'origine défavorisée et avec un diagnostic de schizophrénie. Dans plus de trois quarts des cas, ce diagnostic était posé dans les 3 mois après l'arrivée en détention (64).

Il est fréquent de retrouver des antécédents d'incarcération parmi les personnes expérimentant un PEP. Ces derniers seraient plus à risque d'être incarcérés que des personnes ayant déjà un diagnostic de trouble psychotique (31). Les antécédents d'incarcération semblent constituer un facteur de mauvais pronostic. Dans une étude, il a pu être retrouvé que 37% des PEP étaient incarcérés à un moment donné de leur durée de psychose non traitée (DPNT). L'incarcération pendant la DPNT serait associée à une majoration de celle-ci, une plus grande sévérité des symptômes psychotiques positifs, un niveau académique plus faible et un mauvais niveau de fonctionnement prémorbide (30). Ainsi, le PEP en milieu

carcéral semble poser des enjeux de détection et d'intervention.

D- Objectifs de l'étude

La population carcérale est une population fragile, qui présente plus de troubles psychiatriques, et notamment de troubles psychotiques, que la population générale. L'incarcération peut en elle-même déclencher ou aggraver un trouble psychiatrique (57,65). Le premier épisode psychotique, apparaissant souvent après une phase de prodromes, est associé à des facteurs de risque, dont un certain nombre peut être retrouvé au sein de la population carcérale (isolement social, précarité, faible niveau socio-professionnel, maltraitance) (46,49).

Peu d'études ont été réalisées sur le premier épisode psychotique au sein de cette population vulnérable pour laquelle de nombreux enjeux de détection, d'intervention et pronostiques semblent pourtant se poser.

L'objectif principal de cette étude est donc d'identifier les caractéristiques sociodémographiques, de décrire le parcours judiciaire, l'histoire de la maladie et la symptomatologie psychiatrique d'un échantillon de personnes détenues hospitalisées dans le cadre d'un PEP au sein de l'Unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) de Seclin (59).

II - Matériels et Méthodes

A- Type d'étude

Nous avons réalisé une étude descriptive observationnelle, prospective et monocentrique à l'Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA) de Seclin.

B- Population d'étude

La population étudiée était les patients entrant en hospitalisation à l'UHSA de Seclin pour un premier épisode psychotique (PEP). Le recrutement de ces patients a eu lieu au sein des différentes unités de l'UHSA : l'unité « Majorelle » (service accueillant des hommes sans leur consentement sur décision du représentant de l'État – SDRE), l'unité « Véronèse » (service accueillant des hommes en soins libres) et l'unité « Garance » (service « mixte » accueillant des hommes en soins libres, des femmes en soins libres et en SDRE, et des mineurs).

C- Critères d'inclusion et de non-inclusion

Le critère d'inclusion dans le cadre de cette étude était :

- La validation de la définition du premier épisode psychotique, c'est-à-dire l'apparition pour la première fois dans la vie du patient d'au moins deux symptômes psychotiques positifs (hallucinations, idées délirantes,

désorganisation), sur une période d'au moins sept jours, avec un retentissement fonctionnel sur la vie de la personne.

Le critère de non-inclusion était :

- L'opposition du patient à l'utilisation des données médicales le concernant pour cette étude (ou du représentant légal le cas échéant).

Les patients éligibles ont été informés du recueil de leurs données au cours d'un entretien. En outre, de façon générale et conformément au Règlement Général sur la Protection des Données au Centre Hospitalier (CHU) de Lille, tous les patients hospitalisés à l'UHSA sont informés de la possibilité de s'opposer à l'utilisation de leurs données dans le cadre de la recherche médicale via une affiche présente dans les trois unités et par le biais du livret d'accueil de l'UHSA.

D- Recueil des données

La période de recueil des données s'est étalée de novembre 2020 à mai 2021.

Le recueil des données a été réalisé sur place, à l'UHSA, à partir du dossier médical du patient. Une déclaration auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés a été effectuée (N/Ref : DEC20-318, cf. **Annexe n°1**).

Les données suivantes ont été recueillies :

- **Données générales** : âge, sexe, situation maritale, situation familiale, niveau d'étude (tel qu'établi par la classification internationale type de l'UNESCO (66)), activité professionnelle et ressources financières avant l'incarcération ;
- **Antécédents personnels** :
 - o Antécédents psychiatriques : hospitalisations, consultations, tentatives de suicide et idées suicidaires – notamment en milieu carcéral ;
 - o Antécédents addictologiques ;
 - o Antécédents non-psychiatriques : neurologiques, développementaux, obstétricaux, etc.
- **Antécédents psychiatriques et addictologiques familiaux** ;
- **Antécédents judiciaires** : garde à vue (nombre et motifs), incarcération (nombre et motifs) ;
- **Données spécifiques au milieu carcéral** : date et lieu d'incarcération, statut pénal (détention provisoire, jugement, durée de la peine d'emprisonnement), motif d'incarcération, situation en prison (contact avec les proches et/ou visiteurs de prison, passage dans une cellule du Quartier d'Isolement – QI, passage dans une cellule du Quartier Disciplinaire – QD, transfert disciplinaire) ;
- **Histoire de la maladie du patient** : évaluation des symptômes atténués, ou prodromes (présence, moment d'apparition, type), date estimée du premier épisode psychotique, date du premier contact avec la psychiatrie ;
- **Traitements psychotropes** prescrits avant l'hospitalisation (type, posologie) ;

- **Résultats des examens complémentaires** : bilan sanguin (biochimie, bilan hépatique, endocrinien, métabolique, rénal, vitaminique, auto-immun, infectieux et inflammatoire, β HCG chez la femme), analyse toxicologique des urines et/ou des cheveux, IRM cérébrale, autres examens ;
- **Évaluation clinique et psychopathologique du patient** via la passation des échelles suivantes :
 - o Évaluation globale du fonctionnement du patient, via l'*Échelle d'évaluation globale du fonctionnement* (EGF) (67) score allant de 100 à 0 pour évaluer le fonctionnement psychologique, social et professionnel sur un continuum hypothétique allant de la santé mentale à la maladie psychiatrique.
 - o Impression clinique globale, via l'échelle *Clinical Global Impression* (CGI) (68) pour évaluer la gravité avec un score allant de 0 (non évalué) à 7 (parmi les plus malades).
 - o *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS), pour l'évaluation des symptômes positifs et négatifs (69) : 30 items, notés de 1 (asymptomatique) à 7 (extrême) à travers un entretien clinique semi-structuré.
 - o *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI) (70) dans sa dernière version (DSM 5), pour la recherche de comorbidités psychiatriques associées.
 - o *Historical Clinical Risk Management 20 items Scale* (HCR 20) (71) pour l'évaluation de la dangerosité, classés en trois facteurs : facteurs historiques, facteurs cliniques et facteur de gestion du risque (0 : absent ; 1 : partiellement présent ; 2 : présent)

- *Psychopathy Check List (PCL-R)* (72) : réalisé pour l'item 7 de la HCR 20, évaluant la psychopathie. L'échelle regroupe 20 items, notés de 0 à 2.
- *Patient Motivation Inventory (PMI)* (73) pour l'évaluation de la motivation du patient : comprend 16 items répondus vrai ou faux par le patient. De ces réponses, sont obtenus 3 sous-scores, un score de motivation interne (sur 7), un score de manque de confiance (sur 6), un score de sentiment d'échec (sur 3).

E- Analyse des données

Les données quantitatives recueillies ont été analysées à l'aide de calculs de médiane, moyenne et d'écart-type. Les données qualitatives ont été présentées sous forme d'effectifs et de pourcentages. Ces différents calculs ont été réalisés à l'aide du logiciel « *Excel 2019* ».

III. Résultats

La période de recueil des données auprès des patients inclus s'est étalée de novembre 2020 à mai 2021. Il s'est avéré que sur cette durée de recrutement, tous les patients inclus étaient hospitalisés en premier lieu sur l'unité Majorelle, sans leur consentement sur décision du représentant de l'État (SDRE), avant d'être potentiellement transférés sur une autre unité, en soins libres. Sur l'ensemble de cette période, 10 hommes ont été inclus (aucune femme).

A- Données sociodémographiques

Dans notre étude, l'âge moyen était de 33,3 ans (écart-type 7,97) avec un minimum de 21 ans et un maximum de 43 ans. Les personnes étaient célibataires dans 90% des cas et 20% des personnes avaient des enfants. Concernant leur niveau d'études, 3 personnes (30%) avaient un niveau équivalent au collège, 6 personnes (60%) avaient un niveau équivalent à l'enseignement secondaire (baccalauréat, BEP, CAP), et 1 personne avait un équivalent master (10%). Avant l'incarcération, 60% des personnes étaient sans emploi, 40% avaient un revenu professionnel déclaré, 30% touchaient le revenu de solidarité active (RSA) et 30% percevaient des revenus non déclarés. Personne ne percevait l'allocation adulte handicapé (AAH).

L'ensemble des données sociodémographiques des patients est représenté dans le

Tableau 1.

Tableau 1 – Données sociodémographiques

Données	N = 10
Âge, moyenne (SD)	33,3 ans (7,97)
Situation maritale, nombre (%)	
Célibataire	9 (90%)
En couple	1 (10%)
Enfant(s), nombre (%)	
0 enfant	8 (80%)
1 enfant	1 (10%)
2 enfants ou plus	1 (10%)
Niveau d'étude (classification CITE), nombre (%)	
Niveau 0 (éducation petite enfance)	0 (0%)
Niveau 1 (primaire)	0 (0%)
Niveau 2 (enseignement secondaire 1er cycle)	3 (30%)
Niveau 3 (enseignement secondaire 2e cycle, CAP, BEP)	6 (60%)
Niveau 4 (enseignement post secondaire non supérieur)	0 (0%)
Niveau 5 (enseignement post secondaire cycle court)	0 (0%)
Niveau 6 ou plus (licence, master, doctorat)	1 (10%)
Activité professionnelle, nombre (%)	
Oui	4 (40%)
Non	6 (60%)
Ressources financières, nombre (%)	
AAH	0 (0%)
RSA	3 (30%)
Revenus déclarés	4 (40%)
Revenus non déclarés	3 (30%)

B- Antécédents médicaux personnels et familiaux

- **Antécédents psychiatriques personnels et familiaux**

Les antécédents psychiatriques recherchés étaient les antécédents d'hospitalisation, de consultations, d'idées suicidaires (extérieur à la détention, en détention) ou de tentatives de suicide (extérieur à la détention, en détention). Quarante-vingt pour cent des personnes présentaient de tels antécédents.

Cinq patients avaient déjà consulté un psychiatre auparavant (50%). Pour trois patients, ces consultations étaient en lien avec l'apparition des premiers symptômes de la maladie (une pour anxiété, une pour bizarrerie, une pour hallucinations acousticoverbales). Pour les deux autres, les consultations étaient antérieures au début des troubles (consultation addictologique pour un patient et consultation pour troubles du comportement à l'armée pour l'autre).

Des antécédents d'hospitalisation étaient retrouvés pour 20% des personnes avec pour motif d'hospitalisation des épisodes de fléchissement thymique, sans qu'un diagnostic d'épisode dépressif caractérisé ne soit retenu (pas de prescription d'antidépresseur). Une de ces hospitalisations était concomitante aux prodromes.

Les antécédents addictologiques étaient présents chez 100% des personnes (en comptant les consommations de tabac), parmi lesquels 70% déclarés des antécédents de consommation de cannabis. Trente pour cent des personnes présentaient un antécédent familial de trouble psychotique.

L'ensemble des résultats est présenté dans le **Tableau 2**.

Tableau 2 – Antécédents psychiatriques, addictologiques et familiaux retrouvés (résultats exprimés en nombres et fréquences)
(TSO = traitement substitutif aux opiacés)

Antécédents psychiatriques, nb (%)	N=10
Oui	8 (80%)
Non	2 (20%)
Antécédents retrouvés, nb (%)	N=10
Hospitalisation en psychiatrie	2 (20%)
Consultation	5 (50%)
Tentative de suicide	5 (50%)
Tentative de suicide en détention	2 (20%)
Idées suicidaires	6 (60%)
Idées suicidaires en détention	3 (30%)
Antécédents addictologiques, nb (%)	N = 10
Oui	10 (100%)
Non	0 (0%)
Antécédents de consommation déclarés, nb (%)	N = 10
Tabac	9 (90%)
Cannabis	7 (70%)
Alcool	3 (30%)
Cocaïne	3 (30%)
Opiacés/TSO	2 (20%)
Antécédents familiaux, nb (%)	N =10
Trouble de l'humeur	0 (0%)
Troubles psychotiques	3 (30%)
Tentatives de suicide	0 (0%)
Suicide	0 (0%)
Autres	1 (10%)

- **Antécédents non psychiatriques personnels**

Parmi notre échantillon, 40% des personnes déclaraient des antécédents non psychiatriques dont la moitié concernait des antécédents neurologiques (traumatisme crânien, épilepsie). Il était retrouvé un antécédent cardiologique chez 10% des personnes et des antécédents de traumatisme orthopédique chez 20%. Il

n'était pas retrouvé d'antécédent obstétrical ou développemental.

C- Antécédents judiciaires

Concernant les antécédents judiciaires, 70% des personnes interrogées (n=7) avaient déjà été placées en garde à vue (GAV) dans le passé, et pour la très grande majorité d'entre eux (85%) à plus d'une reprise. La médiane du nombre de GAV par personne était de 6 (min. = 0 ; max. = 50). Les motifs de placement en GAV principalement retrouvés étaient les suivants : infraction sur la législation sur les stupéfiants (100% des personnes ayant des antécédents de GAV), les vols (60%) et les agressions (60%).

Parmi les personnes de l'étude, 60% présentaient un antécédent d'incarcération (en excluant l'incarcération actuelle) avec une médiane de 2 (min. = 0 ; max. = 15). L'âge de la première incarcération était de 20,4 ans en moyenne (écart type à 6,99), avec un minimum de 15 ans et un maximum de 31 ans. Le motif d'incarcération le plus fréquent était l'infraction à la législation des stupéfiants à 80% des personnes ayant des antécédents d'incarcération, suivi des motifs pour vols (70%) et agression (50%). Les antécédents d'incarcération pour infraction routière et atteinte à l'autorité de l'Etat étaient représentées chacune à 20%.

L'ensemble des données concernant les antécédents judiciaires (gardes à vue, incarcération, nombres et motifs) est présenté dans le **Tableau 3**.

Tableau 3 – Antécédents judiciaires (garde à vue, incarcérations et motifs)

Antécédents judiciaires	
Antécédents garde à vue, nombre (%)	N = 10
Oui	7 (70%)
Non	3 (30%)
Nombre de garde à vue par personne, nombre (%)	N = 10
0	3 (30%)
1	1 (10%)
2 à 5	1 (10%)
6 à 10	2 (20%)
> 10	3 (30%)
<i>Médiane (min., max.)</i>	6 (0, 50)
<i>Moyenne (SD)</i>	11,3 (16,38)
Motif(s) garde(s) à vue, nombre (%)	N = 7
Infraction à la législation des stupéfiants	7 (100%)
Agression	4 (60%)
Vols	4 (60%)
Infraction routière	3 (40%)
Atteinte autorité de l'Etat	2 (30%)
Agression sexuelle/viol	0 (0%)
Homicide	0 (0%)
Antécédents d'incarcération, nombre (%)	N = 10
Oui	6 (60%)
Non	4 (40%)
Nombre d'incarcération par personne, nombre (%)	N = 10
0	4 (40%)
1	1 (10%)
2 à 5	4 (40%)
6 à 10	0 (0%)
> 10	1 (10%)
<i>Médiane (min., max.)</i>	2 (0, 15)
<i>Moyenne (SD)</i>	3,1 (4,58)
Âge 1ère incarcération, moyenne (SD)	20,4 (6,99)
Motif(s) incarcération(s), nombre (%)	N = 6
Infraction législation stupéfiants	5 (80%)
Vols	4 (70%)
Agression	3 (50%)
Atteinte autorité de l'Etat	2 (30%)
Infraction routière	2 (30%)
Agression sexuelle/viol	0 (0%)
Homicide	0 (0%)

D- Données spécifiques au milieu carcéral

Concernant leur motif d'incarcération actuel, 40% des personnes étaient incarcérées pour agression et 20% l'étaient pour homicide. Les autres motifs d'incarcération sont représentés dans le **Tableau 4**.

Concernant leur statut pénal, 30% des personnes étaient en détention provisoire (avec 20% pour délit et 10% pour crime) et 70% étaient déjà condamnés. Concernant le lieu de détention, 9 personnes (90%) étaient détenues dans des maisons d'arrêt, 1 personne (10%) était en centre de détention. Les personnes qui étaient déjà jugées étaient condamnées à une peine d'emprisonnement de 2,5 ans en moyenne (écart-type 5,08). La médiane retrouvée était de 4 mois (min. = 4 mois, max.=14ans).

Tableau 4 – Données spécifiques au milieu carcéral : motif principal d’incarcération, statut en détention, lieu de détention, durée moyenne de la peine (N=10).

Motif principal d'incarcération actuelle, nb (%)	N=10
Agression	4 (40%)
Homicide	2 (20%)
Infraction routière	2 (20%)
Atteinte autorité de l'Etat	1 (10%)
Infraction à la législation stupéfiants	1 (10%)
Agression sexuelle/viol	0 (0%)
Vols	0 (0%)
Nombre de motifs d'incarcération, nb (%)	N=10
1 motif	8 (80%)
2 motifs	2 (20%)
Statut en détention, nb (%)	N=10
Prévenu (délit)	2 (20%)
Accusé (crime)	1 (10%)
Condamné	7 (70%)
Lieu de détention, nb (%)	N=10
Maison d'arrêt	9 (90%)
Centre de détention	1 (10%)
Durée peine, en année	
<i>Moyenne (SD)</i>	2,5 (5,08)
<i>Médiane (min. ; max.)</i>	0,3 (0,3 ; 14)

Dans notre échantillon, il a pu être retrouvé que l’ensemble des personnes provenaient d’un lieu de détention proche de l’UHSA ou avec une compétence régionale (SMPR). Parmi ces patients, les lieux de détention étaient les suivants :

- Maison d’arrêt d’Amiens (SMPR, 2 patients),
- Centre pénitentiaire d’Annoeullin (SMPR, 3 patients),
- Maison d’arrêt de Sequedin (2 patients),
- Maison d’arrêt de Valenciennes (2 patients)
- Maison d’arrêt d’Arras (un patient).

Concernant la présence ou non de l'entourage représentée dans la **Figure 3**, 80% des personnes avaient un contact avec leur famille/proches en détention (au parloir, par courrier, téléphone ou en unité de visite familiale), alors que 20% étaient en situation d'isolement social complet.

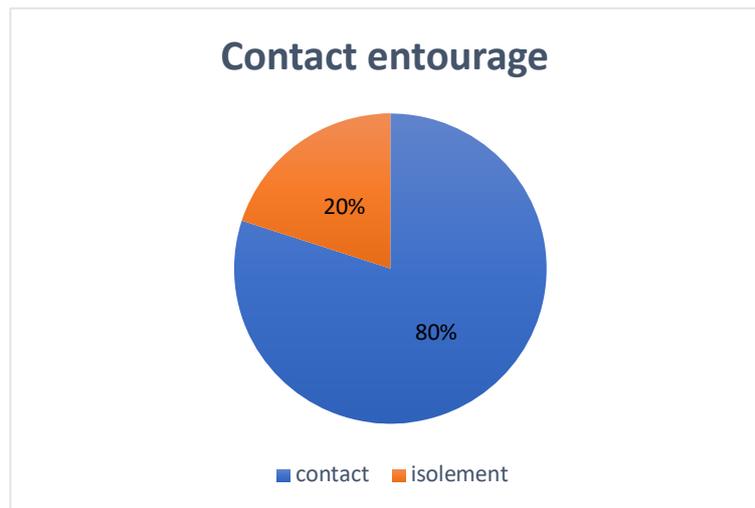


Figure 3 – Contact avec l'entourage (proche/famille) en détention (N=10).

Au niveau des sanctions internes (cf. **Figure 4**), 20% des personnes ont eu des peines disciplinaires durant leur incarcération (peine de quartier disciplinaire, peine interne, transfert disciplinaire). Aucun n'a été placé au quartier d'isolement (QI). Parmi ces deux personnes, un cumulait une peine de quartier disciplinaire, de transfert disciplinaire et d'un allongement de sa peine d'incarcération initiale.

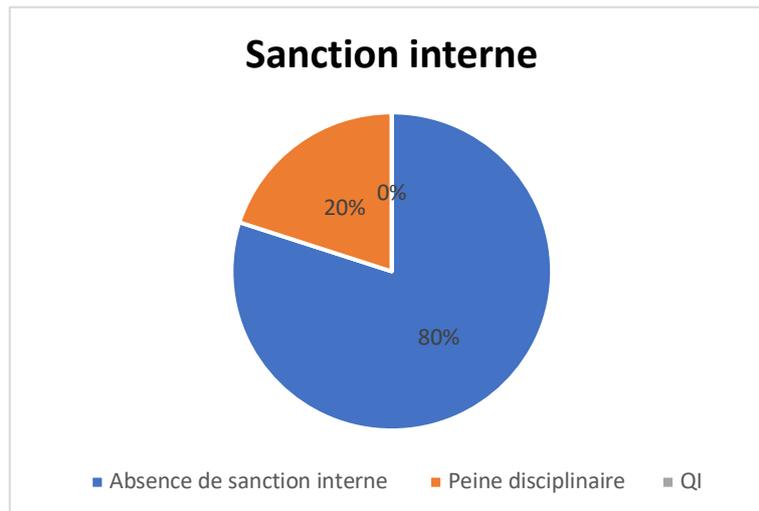


Figure 4 - Sanction interne en détention (N=10)

E- Histoire du premier épisode psychotique

- **Prodromes**

Des prodromes étaient retrouvés chez 80% des patients (principalement repli, apathie, méfiance, déréalisation, anxiété). Chez les personnes présentant des prodromes, la moyenne de leur durée était de 944,3 jours (écart-type 1066) avec une médiane de 730 jours (minimum de 91 jours et un maximum de 2950 jours). Pour un patient, la présence de prodrome était retrouvée mais la durée n'a pu être calculée (manque d'informations de la part du patient et de l'entourage), ne permettant pas d'intégrer cette donnée au calcul de moyenne.

- **Premier épisode psychotique**

Le premier épisode psychotique (PEP) débutait avant l'incarcération pour 60% des personnes. Le premier contact avec la psychiatrie par rapport à leur PEP correspondait au moment de l'hospitalisation pour 5 patients (hospitalisation à l'UHSA ou sur secteur avant transfert à l'UHSA). L'hospitalisation correspondait à la première prise de traitement antipsychotique pour l'ensemble des patients.

Pour 3 patients, le premier contact avait lieu pendant la période des prodromes, avant l'incarcération actuelle, sans initiation de traitement antipsychotique, avec pour deux personnes un contact par une consultation et pour la 3^e une hospitalisation.

Pour 2 patients, le premier contact a eu lieu pendant la durée de psychose non traitée, à distance de l'hospitalisation, sans initiation de traitement antipsychotique (prescription pour les deux mais refus de prises du traitement). L'un de ces deux patients a consulté en milieu ambulatoire et le deuxième en consultation psychiatrique en milieu pénitentiaire pendant son incarcération actuelle. Au total, 60% des personnes ont eu un premier contact pendant leur incarcération actuelle.

- **Durée de psychose non traitée (DPNT)**

La DPNT était estimée par la durée entre l'apparition du PEP et l'hospitalisation. L'hospitalisation correspondait à la première prise de traitement antipsychotique pour chaque patient. La moyenne de la durée de psychose non traitée était estimée à 769,5 jours (écart-type de 1186,5). La médiane était de 59 jours avec un minimum de 4 jours et un maximum de 3713 jours.

- **Durée entre l’incarcération et l’hospitalisation**

La durée moyenne entre l’incarcération et l’hospitalisation était de 370 jours (écart-type 679,2), et la médiane était de 76,5 jours (minimum de 2 jours et un maximum de 2233 jours). Entre la période d’incarcération et l’hospitalisation, 60% des personnes présentaient une durée inférieure à 85 jours, les 40% restant avaient une durée supérieure à un an.

L’ensemble des données retraçant l’histoire de la maladie (fréquence des prodromes, durée des prodromes et de la psychose non traitée, premier contact, durée entre incarcération et hospitalisation) est représenté dans le **Tableau 5**.

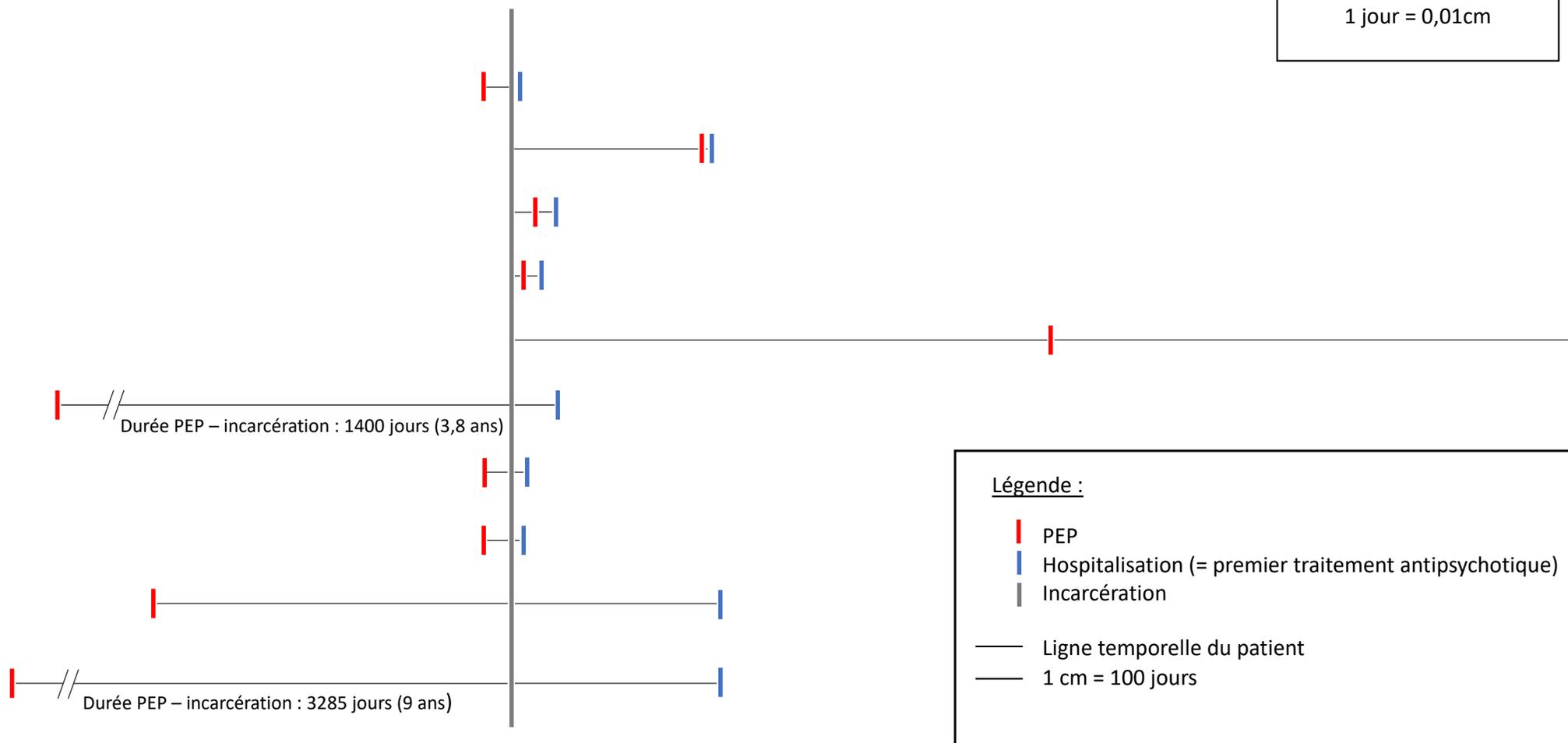
Tableau 5 – Données spécifiques de l’histoire du premier épisode psychotique

Prodromes, nombre (%)	N = 10
Oui	8 (80%)
Non	2 (20%)
Durée des prodromes, en jours	N = 8
<i>Moyenne (SD)</i>	944,3 (1066)
<i>Médiane (min.; max.)</i>	730 (91 ; 2950)
Durée de psychose non traitée, en jours	
<i>Moyenne (SD)</i>	769,5 (1186,5)
<i>Médiane (min.; max.)</i>	59 (4 ; 3713)
Moment du premier contact, nombre (%)	N = 10
Durant la période de prodromes	3 (30%)
Pendant la durée de psychose non traitée	2 (20%)
Au moment de l’hospitalisation	5 (50%)
Durée entre incarcération et hospitalisation, en jours	
<i>Moyenne (SD)</i>	370 (679,2)
<i>Médiane (min. ; max.)</i>	76,5 (2 ; 2233)

La **Figure 5** représente l'évolution temporelle entre le premier épisode psychotique (PEP), l'incarcération actuelle et l'hospitalisation en psychiatrie pour la prise en charge de ce PEP.

Figure 5 : Evolution temporelle du premier épisode psychotique (PEP) associée à l’incarcération actuelle de chaque patient.

Échelle utilisée :
1 jour = 0,01cm



Explications : Dans cette figure, chaque patient est représenté par une ligne de temps, horizontale, sur laquelle ont été placés la date d’apparition du PEP (ligne verticale rouge) et la date d’hospitalisation (ligne verticale bleue) par rapport à la date d’incarcération (ligne verticale grise). La date d’hospitalisation correspondant à la première prise de traitement antipsychotique, la durée entre le PEP et l’hospitalisation correspond à la durée de psychose non traitée (DPNT).

Exemple de lecture : Le patient n°1 a présenté un PEP 45 jours avant son incarcération, et son hospitalisation en psychiatrie est survenue 2 jours après son incarcération.

Chez le patient n°6, la durée entre le début du PEP et l’incarcération est de 1400 jours, soit environ 3,8 ans.

Chez le patient n°10, la durée entre le début du PEP et l’incarcération est de 3285 ans, soit environ 9 ans.

F- Traitements

Au moment de l'arrivée en hospitalisation (soit à l'UHSA, soit sur secteur avec d'être transféré à l'UHSA), 40% des personnes avaient un traitement médicamenteux. Dans l'ensemble des cas, il s'agissait d'un traitement anxiolytique de type benzodiazépines. Aucun n'avait de traitement antipsychotique. Parmi les patients avec un traitement par benzodiazépines, la moyenne de la posologie en équivalence diazépam était de 40 mg/jour (écart-type 16,3).

G- Examens complémentaires

Le bilan biologique réalisé chez l'ensemble des personnes a retrouvé un déficit vitaminiq (vitamine B12 et folates) chez un patient et une sérologie hépatite C positive chez un patient. Le reste des examens biologiques était sans anomalie.

La recherche de toxiques urinaires (RTU) réalisée à l'entrée était positive aux benzodiazépines dans 70% des cas, au cannabis dans 50% des cas, et au traitement substitutif aux opiacés dans 20% des cas. Il n'a pas été retrouvé de RTU positive à d'autres opiacés ou à la cocaïne.

Une imagerie par résonance magnétique (IRM) cérébrale était demandée pour l'ensemble des patients. Pour deux patients, celle-ci n'a pas pu être réalisée lors de la prise en charge.

Pour les 8 patients ayant bénéficié d'une IRM cérébrale, 7 présentaient une imagerie normale et un patient présentait des séquelles traumatiques avec sur le compte-rendu d'imagerie « séquelles cortico sous-corticales basi-frontales bilatérales et temporo-polaire gauche, d'allure post traumatique ».

H- Evaluation psychopathologique

- **Evaluation globale du fonctionnement (EGF) et *Clinical Global Impression (CGI)***

L'évaluation globale du fonctionnement du patient, via l'*Echelle d'évaluation globale du fonctionnement* (EGF), montrait une moyenne de 27,5 (écart-type 6,5). Les résultats obtenus à cette échelle étaient répartis de cette façon : 30% des personnes avaient un score entre 40 et 31, 60% entre 30 et 21, et 10% entre 20 et 11.

Pour rappel :

- **Score 40-31** : « *Existence d'une certaine altération du sens de la réalité ou de la communication (...) ou déficience majeure dans plusieurs domaines* » ;
- **Score 30-21** : « *Le comportement est notablement influencé par des idées délirantes ou des hallucinations ou troubles graves de la communication ou du jugement (...) ou incapable de fonctionner dans presque tous les domaines* » ;
- **Score 20-11** : « *Existence d'un certain danger d'auto ou d'hétéro-agression (...), ou incapacité temporaire à maintenir une hygiène corporelle (...), altération massive de la communication* »).

Les résultats obtenus à l'EGF sont représentés dans le **Tableau 6**. Les effectifs sont

répartis selon le score obtenu à l'EGF.

Tableau 6 – Résultats de l'évaluation globale du fonctionnement des patients (EGF).

Score EGF	N = 10	Fréquence
100 - 91	0	0%
90 à 81	0	0%
80 à 71	0	0%
70 à 61	0	0%
60 à 51	0	0%
50 à 41	0	0%
40 à 31	3	30%
30 à 21	6	60%
20 - 11	1	10%
10 - 1	0	0%
0	0	0%

L'impression clinique globale, via l'échelle *Clinical Global Impression* (CGI) permettant d'évaluer la gravité clinique du patient avec une notation allant de 0 à 7, montrait une moyenne de 5,6 (écart-type 0,5).

- **Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) :**

La passation de la PANSS, pour l'évaluation des symptômes positifs et négatifs a pu être réalisée chez l'ensemble des personnes (N=10). La moyenne obtenue au score total était de 82,1 sur 210 (écart-type 19,3). Pour l'échelle positive, il était retrouvé une moyenne de 23,3 sur 49 (écart-type 7,4) et celle de l'échelle de psychopathologie générale était de 40,7 sur 112 (écart-type 9,5).

Le facteur de symptômes positifs comprenant 4 items présentait une moyenne de

16,1 (écart-type 5,6) et celle du facteur de dépression (3 items) était de 10,8 (écart-type 1,9). L'ensemble des moyennes obtenues à la PANSS est représenté dans le

Tableau 7.

Tableau 7 – Résultats de la PANSS avec les moyennes obtenues pour chaque score (Score total sur 210 ; score échelle positive et négative sur 49 ; score échelle psychopathologie générale sur 112 ; score facteur symptômes positifs sur 28 ; score facteur négatifs sur 42 ; score facteur désorganisation sur 21 ; score facteur excitation sur 28 ; score facteur dépression sur 21).

PANSS	Moyenne (sd)
Score total, <i>moyenne (sd)</i>	82,1 (19,3)
Total échelle positive, <i>moyenne (sd)</i>	23,3 (7,4)
Total échelle négative, <i>moyenne (sd)</i>	18,1 (8,3)
Total échelle psychopathologie générale, <i>moyenne (sd)</i>	40,7 (9,5)
Total facteur symptômes positifs, <i>moyenne (sd)</i>	16,1 (5,6)
Total facteur symptômes négatifs, <i>moyenne (sd)</i>	14,8 (8,9)
Total facteur désorganisation, <i>moyenne (sd)</i>	8,5 (3,7)
Total facteur excitation, <i>moyenne (sd)</i>	6,7 (3,7)
Total facteur dépression, <i>moyenne (sd)</i>	10,8 (1,9)

- **Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) DSM-5**

La réalisation du *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI) a pu être réalisée pour l'ensemble des personnes (N=10). Les résultats obtenus montraient un épisode dépressif actuel chez 30% des personnes et un épisode dépressif passé chez 20% des personnes.

Au niveau de l'évaluation de la suicidalité, 60% présentait un risque faible et 70%

une suicidalité actuelle. Il était également retrouvé des comportements suicidaires actuels pour 20% des personnes.

Il a pu être retrouvé les critères pour un épisode maniaque actuel pour 10% des personnes et un épisode maniaque passé pour 20%. Au niveau des consommations, un trouble de l'usage d'alcool sur les 12 derniers mois était retrouvé chez 20% des personnes, tandis que 60% présentaient un trouble de l'usage de cannabis.

L'ensemble des résultats du MINI DSM-5 est représenté dans le **Tableau 8**.

Tableau 8 – Effectifs et fréquences pour chaque diagnostic au *MINI DSM-5* (N=10).

Diagnostic MINI DSM-5	Nb (%)
Episode dépressif actuel	3 (30%)
Episode dépressif passé	2 (20%)
Episode dépressif récurrent,	1 (10%)
Trouble dépressif actuel	3 (30%)
Trouble dépressif actuel > 2 ans	0 (0%)
Trouble dépressif passé	2 (20%)
Trouble dépressif récurrent	1 (10%)
Suicidalité	
Suicidalité faible	6 (60%)
Suicidalité modérée	2 (20%)
Suicidalité élevée	0 (0%)
Suicidalité vie entière	5 (50%)
Suicidalité actuelle	7 (70%)
Comportements suicidaires actuels	2 (20%)
Comportements suicidaires rémission	1 (10%)
Episode maniaque actuel	1 (10%)
Episode maniaque passé	2 (20%)
Episode hypomaniaque actuel	0 (0%)
Episode hypomaniaque passé	1 (10%)
Trouble bipolaire type 1 actuel	1 (10%)
Trouble bipolaire type 1 passé	2 (20%)
Trouble bipolaire type 2 actuel	0 (0%)
Trouble bipolaire type 2 passé	1 (10%)
Trouble bipolaire NS actuel	0 (0%)
Trouble bipolaire NS passé	0 (0%)
Trouble bipolaire type avec caractéristiques psychotiques actuel	1 (10%)
Trouble bipolaire type avec caractéristiques psychotiques passé	1 (10%)
Trouble panique actuel	1 (10%)

Trouble panique vie entière	1 (10%)
Agoraphobie	1 (10%)
Phobie sociale	0 (0%)
Trouble obsessionnel - compulsif	0 (0%)
Etat de stress post traumatique	1 (10%)
Trouble des consommations	
Alcool	2 (20%)
Cannabis	6 (60%)
Cocaïne	0 (0%)
Opiacés	0 (0%)
Traitement substitutif aux opiacés	1 (10%)
Trouble psychotique vie entière	NA
Trouble psychotique actuel	NA
Trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques vie entière	3 (30%)
Trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques actuel	3 (30%)
Anorexie	0 (0%)
Boulimie	0 (0%)
Hyperphagie avec ou sans boulimie	1 (10%)
Anxiété généralisée	0 (0%)
Trouble personnalité antisocial	3 (30%)

- ***Historical Clinical Risk Management 20 items Scale (HCR-20)***

La réalisation de cette échelle a retrouvé une moyenne de 13,4 (écart-type 5,2) avec un minimum de 5 et un maximum de 21.

La réalisation de la PCL-R a permis de retrouver une moyenne de 7,7 (écart-type 4,8) avec un minimum de 0 et un maximum de 15.

- ***Patient Motivation Inventory (PMI)***

L'évaluation de la motivation interne retrouvait une moyenne de 5,8 (écart-type 1,6). Pour l'évaluation du manque de confiance dans l'unité, la moyenne était de 2,1 (écart-type 1,7), et la moyenne du score du sentiment d'échec était de 1,9 (écart-type 1,3).

IV- Discussion

A- Principaux résultats

A partir de données sociodémographiques, cliniques et paracliniques, nous avons réalisé une étude observationnelle et descriptive des patients pris en charge pour un premier épisode psychotique à l'UHSA de Seclin. A l'issue de cette étude et malgré l'hétérogénéité des résultats, l'ensemble des données obtenues mettent en lumière une précarité sociale avant l'incarcération, une durée de psychose non traitée (DPNT) variable (entre 4 jours et 10 ans), une prédominance de la symptomatologie positive, et une forte prévalence des comorbidités addictives et des antécédents judiciaires.

Les principaux résultats de notre étude montrent tout d'abord que l'ensemble des personnes était de sexe masculin. L'exclusivité des hommes peut être mise en lien avec la surreprésentation des hommes dans le milieu carcéral où seulement 3,6% des personnes détenues sont des femmes (45). L'âge moyen au moment de la prise en charge était de 33,3 ans, soit un âge plus tardif par rapport aux données de la littérature (4,9,11). Dans la littérature, une étude retrouvait comme facteurs associés à un premier diagnostic de trouble psychotique en prison : le sexe masculin, un âge plus âgé et le fait de vivre dans une zone géographique précaire (64). Les résultats socioéconomiques de nos patients montrent un faible niveau éducatif et une prévalence importante de chômage avant l'incarcération (60% sans emploi). Notre

échantillon se déclare très majoritairement célibataire et sans enfant. Parallèlement, l'ensemble de ces caractéristiques sont semblables à celles retrouvées dans la littérature sur les personnes détenues en France montrant un niveau socio-économique précaire (46,55). De plus, certains facteurs associés à une majoration de l'incidence des PEP, sont retrouvés dans la population carcérale notamment un niveau socio-économique faible (9). D'autres études retrouvaient que les personnes expérimentant un PEP et pour lesquelles il existait des antécédents d'incarcérations étaient plus souvent des hommes et étaient associés à un niveau scolaire plus bas (74,75). Ainsi, les caractéristiques sociodémographiques de nos patients permettent de faire un parallèle avec les données de la littérature concernant le PEP, l'incarcération et les facteurs de risque associés.

Concernant les antécédents judiciaires retrouvés dans notre étude, 70% des personnes présentaient des antécédents de gardes à vue et 60% avaient des antécédents d'incarcérations (nombre moyen de 3,1 incarcérations). Ces résultats montrent l'importance de la prévalence d'antécédents judiciaires dans les PEP. Dans une étude, il était retrouvé des antécédents judiciaires chez 29% de patients expérimentant un début de psychose (75,76). D'autres études ont montré des données similaires aux nôtres concernant les antécédents d'arrestation et d'incarcération chez des personnes hospitalisées pour un PEP (30,74). Cependant, ces données concernaient des personnes non incarcérées au moment de leur prise en charge alors que notre échantillon concernait des personnes déjà incarcérées. Toutefois, l'ensemble de ces données permettent de souligner l'importance des antécédents carcéraux (60% dans notre étude) chez les personnes expérimentant un

PEP (30,74). Une de ces études retrouvait notamment que 37% de personnes expérimentant leur PEP étaient incarcérées à un moment de leur durée de psychose non traitée (avec un nombre moyen de 2 incarcérations durant leur DPNT) et 13% pendant la phase de prodromes (30). Parallèlement, dans notre étude 60% des patients débutaient leur PEP avant l'incarcération et étaient donc incarcérés durant leur DPNT. Ainsi, le PEP, et particulièrement la DPNT semble être une période à risque d'incarcération au vu de la prévalence d'incarcération durant cette période.

Dans notre étude, les prodromes étaient retrouvés chez 80% des patients avec une durée moyenne de 942,9 jours, soit 135 semaines. Les données concernant la DPNT étaient hétérogènes avec une moyenne de 769,5 jours, soit 110 semaines (écart-type 1186,5). Dans la littérature, une étude retrouvait une DPNT avec une moyenne de 130,5 semaines chez les personnes avec des antécédents d'incarcération durant leur DPNT, alors que celle-ci était de 12 semaines pour les personnes non incarcérées durant cette période (30). La médiane n'était pas donnée. Cette donnée de la littérature est à pondérer au fait qu'il s'agissait de personnes non incarcérées lors de leur prise en charge. De plus, la moyenne de la DPNT obtenue dans notre étude est soumise à l'hétérogénéité de nos résultats avec un fort écart-type. La DPNT médiane obtenue était de 59 jours, comparable à des médianes de DPNT de la littérature d'environ 8 semaines (8,24). Toutefois, il semble que les antécédents d'incarcération chez les personnes expérimentant un PEP soient associés à une DPNT plus longue (75).

Dans notre échantillon de patients, les données obtenues permettent de définir deux profils de patients, d'une part ceux débutant leur PEP avant l'incarcération (6 personnes) et d'autre part ceux déclenchant leur PEP durant l'incarcération (4 personnes). Parmi ce deuxième profil de patients, celui-ci est à moduler selon la présence de prodromes avant ou après le moment de l'incarcération. Ainsi, pour les patients débutant un PEP après l'incarcération, 50% avaient des prodromes avant l'incarcération. Ces résultats permettent de souligner que dans la plupart des cas, la maladie avait débuté avant l'incarcération (prodromes ou PEP). Pour deux patients, les prodromes et le PEP ont débuté durant l'incarcération.

Concernant la durée entre l'incarcération et l'hospitalisation, il s'écoulait en moyenne 370 jours mais avec une différence importante entre les patients. En effet, 60% présentaient une durée inférieure à 85 jours entre l'incarcération et l'hospitalisation tandis que celle-ci était de plus d'un an pour les 40% restant. Comparativement, une étude s'intéressant au premier diagnostic de troubles psychotiques en détention retrouvait que 79,1% des premiers diagnostics avaient lieu dans les 3 mois suivant l'incarcération (64). Dans notre échantillon, lorsque la durée entre l'incarcération et l'hospitalisation était inférieure à 3 mois, les personnes présentaient un début du PEP ou des prodromes avant l'incarcération. L'hospitalisation avait lieu de façon plus précoce (moins de 85 jours) lorsque les troubles étaient antérieurs à l'incarcération, sans pouvoir en faire une généralité. En effet, certains patients présentaient une durée entre l'incarcération et l'hospitalisation supérieure à un an malgré un début des troubles avant l'incarcération (2 personnes

sur 6), ceci pouvant s'expliquer par une évolution plus insidieuse du PEP.

Ainsi, nous pouvons tenter de définir les facteurs intervenant dans les deux profils précédemment décrits. Le premier profil correspond à la personne présentant un début des troubles avant l'incarcération. Dans ce premier profil, l'incarcération peut survenir durant la DPNT et comme décrit précédemment, la DPNT se trouverait allongée chez les personnes incarcérées durant cette période. Certains facteurs ont été définis comme majorant le risque d'incarcération avant le traitement des PEP, tels que la consommation de cannabis, un jeune âge à la première consommation de toxiques, un mauvais fonctionnement prémorbide, un niveau scolaire faible (74,76). Parmi les facteurs associés à une incarcération pendant la DPNT, certains sont particulièrement retrouvés dans notre étude comme le niveau scolaire faible et la surreprésentation des consommations de cannabis.

Dans le deuxième profil de patients, le PEP débute pendant la période de détention. Certains présentaient des prodromes avant l'incarcération, montrant un début de la maladie avant l'incarcération. Pour ceux sans aucun symptôme avant l'incarcération, les troubles ont débuté plus d'un an après l'incarcération. Cependant, la DPNT était variable avec un patient ayant une DPNT de 4 jours et un de 1104 jours, ne permettant pas d'en tirer un profil général. Toutefois, l'incarcération est connue pour être un concentré de facteurs de stress pouvant faciliter l'apparition de troubles psychiatriques et notamment psychotiques (57). De plus, une étude retrouvait que parmi les PEP dans la population communautaire, 1,5% des PEP étaient diagnostiqués après une sortie d'incarcération dans les 6 mois (64).

Ainsi avec ces deux profils, il peut être mis en évidence d'une part que l'incarcération puisse faire partie de l'histoire de la maladie des patients expérimentant un PEP jusqu'à leur prise en charge, et d'autre part que l'incarcération

puisse favoriser l'apparition d'un PEP.

Certains patients permettent d'illustrer ces propos :

- Le « **patient n°1** » présentait un début des troubles avant l'incarcération avec apparition de symptômes psychotiques positifs (hallucinations acousticoverbales, idées délirantes de persécution). Ce patient a été hospitalisé sur secteur deux jours après son incarcération pour homicide, avant d'être transféré à l'UHSA pour la poursuite de sa prise en charge. L'exemple de cette personne illustre le lien entre premier épisode psychotique, violence, incarcération et premier contact en détention.

- Le « **patient n°5** » montre quant à lui l'apparition de troubles psychotiques en détention. En effet, ce patient a débuté ses prodromes puis son premier épisode psychotique durant l'incarcération. Cette évolution a été lente et insidieuse donnant une DPNT de 1484 jours (4 ans), jusqu'à l'apparition de troubles du comportement nécessitant son hospitalisation. Ce patient illustre la difficulté de repérage de certains patients dans le milieu carcéral avec des symptômes psychotiques évoluant lentement et silencieusement.

Avec le faible nombre de patients inclus (10 personnes), une certaine hétérogénéité a pu être retrouvée, et il reste difficile de se limiter à ces deux profils de patients. En effet, chaque patient ayant son histoire et ses particularités.

Concernant leur incarcération actuelle, les patients étaient hospitalisés pour des peines relativement courtes avec une médiane à 4 mois (minimum 4 mois, maximum 14 ans). Nos données montrent une prévalence relativement importante

des motifs d'incarcération pour des faits de violence (40%) et d'homicide (20%). La littérature retrouve que les antécédents d'incarcération avant le diagnostic de PEP, notamment pendant la DPNT, sont le plus souvent pour des faits non violents et des délits mineurs (30,64). Toutefois, plusieurs études ont montré un risque de violence pendant le PEP, avec un tiers des patients présentant un comportement violent pendant la DPNT et 16% d'agressions sérieuses. La prévalence des faits de violence est comparativement plus élevée au moment d'un PEP que pour une schizophrénie déjà diagnostiquée (16% contre 3,6%) (32,33). Les homicides commis lors d'une décompensation psychotique sont dans plus d'un tiers des cas commis pendant le premier épisode de la maladie (32).

Des facteurs de risque de violence durant le PEP ont déjà été décrits : âge jeune, sexe masculin, consommation de drogues, niveau d'éducation bas, DPNT longue, antécédents judiciaires, une hostilité, des symptômes maniaques et un niveau élevé de psychopathologie générale (33). De plus, la violence dans les PEP serait également associée à la sévérité des symptômes psychotiques positifs tels que les hallucinations acousticoverbales et les idées de persécution.(32) Dans notre étude, l'évaluation du risque de violence montrait une moyenne plutôt basse à la HCR-20. Cependant, 20% des patients ont rapporté une sanction interne. Pour l'une de ces personnes, elle cumulait passage au quartier disciplinaire (QD), transfert disciplinaire et allongement de la peine initiale. Cette personne présentait la DPNT la plus longue avec 3713 jours, soit 10 ans. Cette donnée met en évidence le lien entre une longue DPNT et le risque de troubles du comportement, notamment de violence.

Dans notre étude, les personnes présentent principalement une

symptomatologie positive (moyenne de l'échelle positive à 23,3 sur 49) et dépressive (moyenne du facteur de dépression à 10,8 sur 21) selon les résultats de la PANSS. Comparativement, une étude s'intéressant à l'aspect clinique des troubles psychotiques chez des personnes détenues retrouvait des scores à la PANSS plus faibles par rapport aux nôtres, principalement au niveau des symptômes positifs et de psychopathologie générale (77). Toutefois, cette étude ne concernait pas des premiers épisodes psychotiques spécifiquement mais des personnes avec un diagnostic de trouble psychotique déjà posé. Des études s'intéressant au PEP retrouvaient que les personnes avec des antécédents d'incarcération présentaient une symptomatologie positive plus sévère (30,74). De plus, une étude s'intéressant à la trajectoire des symptômes psychotiques des PEP retrouvait des scores initiaux à la PANSS plus faibles que dans notre étude (échelle positive 19,6, échelle négative 12,8, échelle psychopathologie générale 33,6) (78). Constatant une DPNT plus longue chez les personnes avec des antécédents d'incarcération, le retard de prise en charge pourrait expliquer une symptomatologie plus sévère.

Cette sévérité clinique est retrouvée dans notre échantillon, avec l'échelle de la CGI (moyenne à 5,6) et l'altération importante du fonctionnement retrouvée à l'EGF. Ceci concorde avec les données sur la sévérité des troubles psychiatriques en milieu carcéral où près de 35% des patients sont entre 5 et 7 à la CGI (56).

Associées à cette sévérité clinique, les différentes études réalisées sur la prévalence des troubles psychiatriques et addictologiques en milieu carcéral montrent toutes une surreprésentation par rapport à la population générale (54–56).

Les résultats de notre étude vont dans le même sens, avec une prévalence

importante de certains troubles psychiatriques évalués au MINI DSM-5, notamment concernant les troubles de la consommation de cannabis (60%), des troubles thymiques (30% d'épisodes dépressifs actuels) et le risque suicidaire. Un point important est la consommation de cannabis, sa prévalence de celle-ci étant majeure dans notre échantillon (60%). La prévalence de la consommation de cannabis dans les PEP en milieu communautaire varie entre 20 à 56%, et l'on constate une association à une symptomatologie positive plus importante (29). De plus, la consommation de toxiques en général est associée à une majoration du risque de violence dans le PEP et serait associé à un risque d'incarcération pendant la DPNT (33,76,79). D'autres données ont pu montrer que les personnes expérimentant un PEP avec un antécédent d'incarcération(s) présentaient significativement plus de troubles de consommation de substances, de trouble de la personnalité du cluster B, d'antécédents de traumatisme avec abus physique et d'antécédents de tentative de suicide (75).

Dans notre étude, 30% des personnes présentaient un trouble de la personnalité antisociale au MINI DSM-5. Au niveau des comportements suicidaires, les résultats montrent une prévalence particulièrement importante avec 50% d'antécédents de tentative de suicide hors de la détention et une suicidalité retrouvée au MINI DSM-5 pour 80% des patients (60% avec une suicidalité faible, 20% avec une suicidalité modérée). Les données concernant le suicide dans le PEP montrent des comportements suicidaires importants, avec près de 10% de tentatives de suicide pendant la DPNT et près de 22% d'idées suicidaires (5,80).

Cette sévérité des comportements suicidaires dans notre étude concorde avec celle d'études portant sur le suicide en prison et retrouvant une prévalence sept fois plus importante qu'en population générale (53).

Pour beaucoup de patients, peu de contacts psychiatriques sont retrouvés avant l'incarcération, comme le montre également une étude retrouvant que près de trois quarts des personnes avec une schizophrénie et condamnées pour un délit ont vécu cette condamnation avant l'âge de 25 ans et avant le premier contact avec la psychiatrie (31). Dans notre étude, pour 60% des personnes le premier contact en lien avec leur pathologie avait lieu pendant l'incarcération et pour 50% ce premier contact correspondait au moment de l'hospitalisation en SDRE (soins à la demande d'un représentant de l'État). Cependant, 40% des personnes ont eu un premier contact en lien avec leur pathologie actuelle (prodromes ou PEP) avant leur incarcération, ce qui n'a pas pour autant donné lieu à un suivi psychiatrique.

Ces résultats montrent que le moment de l'incarcération peut intervenir pendant la DPNT avant une prise en charge psychiatrique adaptée. Sachant que l'incarcération semble être un facteur associé à une longue DPNT et qu'une longue DPNT constitue un facteur de mauvais pronostic (taux plus bas de rémission, augmentation du risque de rechutes)(3), le repérage et l'intervention précoce aussi bien en milieu communautaire qu'en milieu carcéral sont une nécessité afin d'améliorer le pronostic de la maladie. De plus, certains facteurs de risque du PEP sont retrouvés de façon prépondérante dans la population carcérale, dans laquelle on retrouve une prévalence nettement plus importante des troubles psychotiques.

Par ailleurs, l'incarcération en elle-même semble être un facteur de mauvais pronostic des PEP. Une étude sur le PEP retrouvait que les personnes avec un antécédent d'incarcération étaient moins compliantes au traitement, maintenaient

leur consommation de toxiques, présentaient une plus grande sévérité des troubles (score CGI) et étaient moins investis dans une activité régulière (études, profession) à la fin de la prise en charge (75). Toutefois, cette donnée concernait des personnes non incarcérées lors de l'étude. Nos résultats retrouvent un bon score de motivation interne des patients à la PMI (Patient Motivation Inventory) mais n'évaluent pas l'évolution de ces patients après leur sortie d'hospitalisation.

Dans notre étude, il a pu être constaté que l'ensemble des personnes dépendaient de lieux de détention proches de l'UHSA (Sequedin, Annoeullin, Valenciennes, Arras) ou étant de lieux de compétence régionale avec un SMPR (Amiens). Ceci met en lumière l'inégalité d'accès aux soins en santé mentale des personnes détenues, notamment dans les lieux de détention à distance des UHSA et moins dotés en psychiatres.(58) Ces inégalités posent la question de la prise en charge des PEP dans les prisons souffrant d'un accès difficile aux soins psychiatriques. En effet, il a pu être retrouvé que dans les départements où est implantée une UHSA, 92% des hospitalisations ont lieu à l'UHSA, alors que dans les départements sans UHSA seulement 33% des hospitalisations ont lieu à l'UHSA (59). Ainsi, lorsque les hospitalisations en psychiatrie à l'UHSA ne sont pas possibles, les détenus peuvent être hospitalisés en psychiatrie en secteur général. Ces hospitalisations comportent des inconvénients de prise en charge pour ces patients incarcérés. En effet, les lieux n'étant pas adaptés à une surveillance de ces personnes, les mesures d'isolement voir de contentions pour limiter le risque d'évasion sont souvent réalisées, et les hospitalisations sont souvent plus courtes par rapport à celles en UHSA (58,59).

B- Limites de l'étude

Un certain nombre de limites à notre étude est présent. Tout d'abord, le faible nombre de personnes et l'hétérogénéité de nos résultats en limitent leur portée bien qu'on retrouve une concordance avec les données de la littérature. De plus, notre étude ne concerne que des personnes hospitalisées à l'UHSA de Seclin, entraînant un biais de sélection. On peut supposer qu'un certain nombre de personnes avec un PEP ait été pris en charge sur des hospitalisations sur le secteur de psychiatrie générale, notamment pour les personnes dépendant de lieu de détention plus éloigné. Une étude prenant en compte l'ensemble de premiers épisodes psychotiques des personnes incarcérées (secteur psychiatrique, UHSA, SMPR) permettrait d'élargir les données et d'évaluer l'incidence en la comparant à celle retrouvée en population communautaire. En effet, le schéma de notre étude ne permet pas de calculer l'incidence du PEP en milieu carcéral, notre échantillon de personnes ne concernant que des personnes hospitalisées à l'UHSA sur une période de 6 mois.

Une évaluation plus large de l'ensemble des PEP en milieu carcéral permettrait également de pallier une autre limitation de notre étude, à savoir que l'ensemble des personnes de notre échantillon dépendait de lieux de détention proche de l'UHSA ou de compétence régionale avec des SMPR au sein de leur lieu de détention (Sequedin, Annoeullin, Valenciennes, Amiens, Arras). Ceci pose la question de l'inégalité d'accès aux soins pour les détenus selon leur lieu de détention et la distance géographique entre les structures adaptées de soins et le lieu de

détention.

Une autre limite à notre étude était celle concernant l'évaluation des durées de psychoses non traitées et des prodromes. En effet, pour établir ces durées, nous nous sommes basés l'interrogatoire des patients et des proches quand cela était possible. Toutefois, il pouvait être difficile pour le patient ou la famille de dater le début des troubles de façon exacte, entraînant un potentiel biais de classement. De plus, certains patients ne présentaient plus aucun contact avec leur proche, limitant une potentielle source d'information pour l'évaluation de ces durées. Les résultats de la DPNT ont montré une grande variabilité, pouvant rendre difficile l'interprétation de la moyenne obtenue de 769,5 jours (écart-type de 1186,5) par rapport aux données de la DPNT retrouvées dans la littérature et également retranscrites en moyenne. Ceci a nécessité l'utilisation de médiane retrouvant 59 jours pour la DPNT.

Pour finir, une autre limitation constatée est l'absence de femmes dans notre étude, ne permettant pas d'évaluer le premier épisode psychotique au sein de cette catégorie de détenus. Ainsi, nos résultats ne peuvent être extrapolés que chez l'homme et il serait difficile d'en faire une généralité pour les deux sexes.

C- Perspectives

Dans notre étude, la majorité des patients débutaient leurs troubles (prodromes ou PEP) avant l'incarcération et on constate une variation importante de la durée des prodromes tout comme de la DPNT. Toutefois, les patients débutant le PEP avant l'incarcération et avec une courte DPNT sont souvent hospitalisés dans les 3 mois après l'incarcération alors que les personnes avec une longue DPNT sont hospitalisés plus d'un an après l'incarcération. Une DPNT plus longue est souvent associée à un début plus insidieux, une aboulie, un repli sur soi et des symptômes négatifs (3). Cela peut questionner sur une évolution plus insidieuse de certains patients en milieu carcéral qui, présentant une symptomatologie négative, seraient moins repérés par l'administration pénitentiaire et le personnel médical intervenant en détention. L'apparition de symptômes positifs ou de désorganisation permettrait le repérage et l'hospitalisation de ces patients. Il a pu être retrouvé dans la littérature qu'une DPNT plus longue est associée à une plus grande sévérité des symptômes positifs et négatifs (25). Dans notre étude, les patients arrivant en hospitalisation présentaient une sévérité clinique avec une moyenne de 5,6 à la CGI. Les symptômes positifs peuvent donner un comportement plus bruyant en détention, permettant probablement un repérage plus facile par les surveillants pénitentiaires. Le rapport d'*Human Rights Watch* de 2016 pointait le manque de formation des surveillants pénitentiaires en matière de santé mentale, notamment l'absence de formation adaptée pour les troubles psychotiques. Ce manque de formation s'associe également au manque de personnel permettant la surveillance (58). Dans l'hypothèse d'un début insidieux du PEP, notamment pour les longues DPNT, il pourrait être intéressant de former les surveillants pénitentiaires aux repérages de

certaines personnes pouvant présenter des symptômes négatifs, tel que le repli sur soi, l'aboulie afin de les orienter en consultation psychiatrique.

Ces résultats montrent également que le moment de l'incarcération peut intervenir pendant la DPNT, avant toute prise en charge psychiatrique. L'incarcération semble être un facteur associé à une longue DPNT et un nombre important de PEP serait incarcéré durant cette période, comme le montrent les données de la littérature et de notre étude. De plus, un certain nombre de facteurs de risque du PEP sont des éléments retrouvés de façon prépondérante dans la population carcérale dans laquelle on retrouve une prévalence nettement plus importante des troubles psychotiques. Il serait donc intéressant de pouvoir s'interroger sur la prévention des incarcérations des personnes avec un PEP via un repérage et une prise en charge plus précoce.

A l'issue de cette étude, plusieurs points sont à éclaircir et nécessiteraient des investigations ultérieures. Il serait intéressant de pouvoir comparer les mêmes caractéristiques étudiées à la population en milieu communautaire afin de mettre en évidence les similitudes et différences, notamment au niveau de l'évaluation clinique afin d'identifier si certains facteurs sont significativement retrouvés au cours d'un premier épisode psychotique chez une personne incarcérée et de confirmer ceux retrouvés dans la littérature. D'autre part, même si une grande partie des patients a été incarcérée au cours de leurs prodromes ou de leur premier épisode psychotique, certains patients ont débuté leur maladie pendant l'incarcération. Ce début des troubles pendant l'incarcération questionne sur les éléments pouvant favoriser le PEP durant l'incarcération. Il serait judicieux de pouvoir comparer les personnes

débutant leur premier épisode psychotique avant l'incarcération et ceux pendant l'incarcération, afin d'identifier une différence dans le profil des patients et certains facteurs associés à un risque d'apparition des troubles en détention. De plus, un point important dans la prise en charge des PEP est la DPNT. Il serait donc utile de comparer les différents critères étudiés dans cette étude entre un groupe de personnes avec une longue DPNT et un autre avec une courte DPNT.

Il serait également intéressant de pouvoir élargir cette étude à l'ensemble des PEP du milieu carcéral pris en charge sur les différents lieux de soins psychiatriques du milieu carcéral. Ceci permettrait une plus large évaluation et un recueil de données plus important. D'autres études sur le suivi des personnes expérimentant un PEP en milieu carcéral seraient à réaliser afin de mieux connaître le pronostic à long terme de cette population au sein de ce milieu spécifique.

V- Conclusion

Le premier épisode psychotique (PEP) est un enjeu majeur de prise en charge en psychiatrie au vu de l'évolution possible vers un trouble psychotique ou un trouble bipolaire. Il représente un enjeu particulièrement important au sein du milieu carcéral où l'on retrouve une population particulièrement vulnérable. En effet, une surreprésentation des troubles psychiatriques en général est constatée dans cette population qui est exposée à de nombreux facteurs de stress.

Nous avons réalisé une étude descriptive portant sur le PEP en milieu carcéral avec un échantillon de patients hospitalisés à l'UHSA de Seclin pour un PEP.

Parmi notre échantillon d'étude, il a pu être retrouvé une forte prévalence des comorbidités addictives et des antécédents judiciaires. Cliniquement, la symptomatologie psychotique positive ressortait principalement des évaluations cliniques et une symptomatologie dépressive était fréquemment retrouvée dans notre étude.

Concernant les liens entre histoire carcérale et premier épisode psychotique, nos résultats nous ont permis de décrire deux profils de patients : un premier profil majoritairement retrouvé avec un début de la maladie avant l'incarcération et un deuxième profil avec un début de la maladie pendant l'incarcération. Certaines de nos données retrouvent une longue évolution de la durée de prodromes et de la durée de psychose non traitée, laissant supposer une évolution plus insidieuse de la symptomatologie psychotique chez ces personnes. Ce résultat permet d'émettre comme hypothèse un retard à la reconnaissance des troubles, pouvant s'expliquer par la difficulté de prise en charge psychiatrique des détenus (manque de personnels médicaux et paramédicaux, manque de formation des surveillants).

ANNEXE

Déclaration auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). Référence : DEC20-318.



DIRECTION GENERALE

DEPARTEMENT DES RESSOURCES NUMERIQUES

N/Réf : DEC20-318

Attestation de déclaration d'un traitement informatique

Philippe LECA
Directeur
Délégation du Système
d'Information

Guillaume DERAEDT
Data Protection Officer

Secrétariat
Tél. 03.20.44.44.26
Fax : 03.20.44.58.59

Je soussigné, Monsieur Guillaume DERAEDT, en qualité de Data Protection Officer (Délégué à la Protection des Données) du GHT Lille métropole Flandre intérieure atteste que le fichier de traitement ayant pour finalité : "**Premiers épisodes psychotiques en milieu pénitentiaire**" mis en œuvre en 2020, a bien été déclaré par Marion Eck.

La déclaration est intégrée dans le registre de déclaration normale du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille.

Attestation réalisée pour valoir ce que de droit.

Fait à LILLE, le **24/06/2021**



Toute correspondance devra être adressée à :
CHRU de Lille
Département Ressources Numériques
ex Clinique Fontan - 2^{ème} étage – rue du Professeur Laguesse
59037 LILLE Cedex

BIBLIOGRAPHIE

1. Krebs M-O, Lejuste F, Martinez G. Prise en charge spécifique des premiers épisodes psychotiques. *L'Encéphale*. déc 2018;44(6):S17-20.
2. Fusar-Poli P, Borgwardt S, Bechdolf A, Addington J, Riecher-Rössler A, Schultze-Lutter F, et al. The Psychosis High-Risk State: A Comprehensive State-of-the-Art Review. *JAMA Psychiatry*. 1 janv 2013;70(1):107.
3. Souaiby L, Gaillard R, Krebs M-O. Durée de psychose non traitée : état des lieux et analyse critique. *L'Encéphale*. août 2016;42(4):361-6.
4. Conus P, Cotton S, Schimmelmann BG, McGorry PD, Lambert M. The First-Episode Psychosis Outcome Study: premorbid and baseline characteristics of an epidemiological cohort of 661 first-episode psychosis patients. *Early Interv Psychiatry*. mai 2007;1(2):191-200.
5. Tournier M. Premiers épisodes psychotiques: actualités cliniques et épidémiologiques. *L'Encéphale*. sept 2013;39:S74-8.
6. Lambert M, Conus P, Lambert T, McGorry PD. Pharmacotherapy of first-episode psychosis. *Expert Opin Pharmacother*. mai 2003;4(5):717-50.
7. Tarricone I, Mimmi S, Paparelli A, Rossi E, Mori E, Panigada S, et al. First-episode psychosis at the West Bologna Community Mental Health Centre: results of an 8-year prospective study. *Psychol Med*. nov 2012;42(11):2255-64.
8. Jongsma HE, Gayer-Anderson C, Lasalvia A, Quattrone D, Mulè A, Szöke A, et al. Treated Incidence of Psychotic Disorders in the Multinational EU-GEI Study. *JAMA Psychiatry*. 1 janv 2018;75(1):36.
9. Kirkbride JB, Hameed Y, Ankireddypalli G, Ioannidis K, Crane CM, Nasir M, et al. The Epidemiology of First-Episode Psychosis in Early Intervention in Psychosis Services: Findings From the Social Epidemiology of Psychoses in East Anglia [SEPEA] Study. *Am J Psychiatry*. févr 2017;174(2):143-53.
10. Ochoa S, Usall J, Cobo J, Labad X, Kulkarni J. Gender Differences in Schizophrenia and First-Episode Psychosis: A Comprehensive Literature Review. *Schizophr Res Treat*. 2012;2012:1-9.
11. Larsen TK, McGlashan TH, Moe LC. First-episode schizophrenia: I. Early course parameters. *Schizophr Bull*. 1996;22(2):241-56.
12. Krebs M-O. Signes précoces de schizophrénie. DUNOD. 2015. (Psychothérapie).
13. Saoud M, Brunelin J, D'Amato T. Les signes précoces : vulnérabilité ou prodrome. *L'Encéphale*. juin 2007;33(3):S408-14.
14. Teyssier J-R. Prodromes de la schizophrénie : consensus ou confusion ?

L'Encéphale. mai 2013;39:S1-7.

15. Yung AR, McGorry PD. The Initial Prodrome in Psychosis: Descriptive and Qualitative Aspects. *Aust N Z J Psychiatry*. oct 1996;30(5):587-99.
16. Yung AR, McGorry PD. The Prodromal Phase of First-episode Psychosis: Past and Current Conceptualizations. *Schizophr Bull*. 1 janv 1996;22(2):353-70.
17. Michel C, Toffel E, Schmidt SJ, Eliez S, Armando M, Solida-Tozzi A, et al. Détection et traitement précoce des sujets à haut risque clinique de psychose : définitions et recommandations. *L'Encéphale*. mai 2017;43(3):292-7.
18. Fusar-Poli P, Raballo A, Parnas J. What Is an Attenuated Psychotic Symptom? On the Importance of the Context. *Schizophr Bull*. 30 déc 2016;sbw182.
19. Murray RM, Mondelli V, Stilo SA, Trotta A, Sidelì L, Ajnakina O, et al. The influence of risk factors on the onset and outcome of psychosis: What we learned from the GAP study. *Schizophr Res*. nov 2020;225:63-8.
20. Heinz A, Deserno L, Reininghaus U. Urbanicity, social adversity and psychosis. *World Psychiatry*. oct 2013;12(3):187-97.
21. McGlashan TH. Duration of untreated psychosis in first-episode schizophrenia: marker or determinant of course? *Biol Psychiatry*. oct 1999;46(7):899-907.
22. Fond G, Boyer L, Andrianarisoa M, Godin O, Brunel L, Bulzacka E, et al. Risk factors for increased duration of untreated psychosis. Results from the FACE-SZ dataset. *Schizophr Res*. mai 2018;195:529-33.
23. Perkins DO, Gu H, Boteva K, Lieberman JA. Relationship Between Duration of Untreated Psychosis and Outcome in First-Episode Schizophrenia: A Critical Review and Meta-Analysis. *Am J Psychiatry*. oct 2005;162(10):1785-804.
24. Schimmelmann BG, Huber CG, Lambert M, Cotton S, McGorry PD, Conus P. Impact of duration of untreated psychosis on pre-treatment, baseline, and outcome characteristics in an epidemiological first-episode psychosis cohort. *J Psychiatr Res*. oct 2008;42(12):982-90.
25. Birnbaum ML, Wan CR, Broussard B, Compton MT. Associations between duration of untreated psychosis and domains of positive and negative symptoms: DUP and positive and negative symptoms. *Early Interv Psychiatry*. oct 2017;11(5):375-82.
26. Morgan C, Abdul-Al R, Lappin JM, Jones P, Fearon P, Leese M, et al. Clinical and social determinants of duration of untreated psychosis in the ÆSOP first-episode psychosis study. *Br J Psychiatry*. nov 2006;189(5):446-52.
27. Broussard B, Kelley ME, Wan CR, Cristofaro SL, Crisafio A, Haggard PJ, et al. Demographic, socio-environmental, and substance-related predictors of duration of untreated psychosis (DUP). *Schizophr Res*. août 2013;148(1-3):93-8.
28. Compton MT, Ramsay CE, Shim RS, Goulding SM, Gordon TL, Weiss PS, et al.

Health Services Determinants of the Duration of Untreated Psychosis Among African-American First-Episode Patients. *Psychiatr Serv.* nov 2009;60(11):1489-94.

29. K. Burns J. Cannabis use and Duration of Untreated Psychosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Curr Pharm Des.* 12 sept 2012;18(32):5093-104.
30. Ramsay Wan C, Broussard B, Haggard P, Compton MT. Criminal justice settings as possible sites for early detection of psychotic disorders and reducing treatment delay. *Psychiatr Serv Wash DC.* 1 juin 2014;65(6):758-64.
31. Ford E. First-Episode Psychosis in the Criminal Justice System: Identifying a Critical Intercept for Early Intervention. *Harv Rev Psychiatry.* mai 2015;23(3):167-75.
32. Látalová K. Violence and duration of untreated psychosis in first-episode patients. *Int J Clin Pract.* mars 2014;68(3):330-5.
33. Large MM, Nielssen O. Violence in first-episode psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Schizophr Res.* févr 2011;125(2-3):209-20.
34. INSERM. Dossiers d'information - Schizophrénie - [Internet]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/schizophrénie>
35. Morgan C, Lappin J, Heslin M, Donoghue K, Lomas B, Reininghaus U, et al. Reappraising the long-term course and outcome of psychotic disorders: the AESOP-10 study. *Psychol Med.* oct 2014;44(13):2713-26.
36. Alvarez-Jimenez M, Priede A, Hetrick SE, Bendall S, Killackey E, Parker AG, et al. Risk factors for relapse following treatment for first episode psychosis: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Schizophr Res.* août 2012;139(1-3):116-28.
37. Lally J, Ajnakina O, Stubbs B, Cullinane M, Murphy KC, Gaughran F, et al. Remission and recovery from first-episode psychosis in adults: systematic review and meta-analysis of long-term outcome studies. *Br J Psychiatry.* déc 2017;211(6):350-8.
38. Friis S, Melle I, Johannessen JO, Røssberg JI, Barder HE, Evensen JH, et al. Early Predictors of Ten-Year Course in First-Episode Psychosis. *Psychiatr Serv.* avr 2016;67(4):438-43.
39. Bowtell M, Ratheesh A, McGorry P, Killackey E, O'Donoghue B. Clinical and demographic predictors of continuing remission or relapse following discontinuation of antipsychotic medication after a first episode of psychosis. A systematic review. *Schizophr Res.* juill 2018;197:9-18.
40. Orygen, The National Centre of Excellence in Youth Mental Health. *Australian-Clinical-Guidelines-for-Early-Psychosis.* Second Edition. 2016.
41. NICE (National Institute for Health and Care Excellence). *Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management - Clinical guideline.* 2014.

42. HAS. Schizophrénies - Guide ALD23. 2007.
43. McGorry PD, Hickie IB, Yung AR, Pantelis C, Jackson HJ. Clinical Staging of Psychiatric Disorders: A Heuristic Framework for Choosing Earlier, Safer and more Effective Interventions. *Aust N Z J Psychiatry*. août 2006;40(8):616-22.
44. Albert N, Weibell MA. The outcome of early intervention in first episode psychosis. *Int Rev Psychiatry*. 18 août 2019;31(5-6):413-24.
45. Ministère de la Justice, Direction de l'administration pénitentiaire. Statistiques des personnes écrouées en France - décembre 2020.
46. Annie Kensey. Les personnes sous main de justice : caractéristiques sociales, pénales et évolution. *Actualité et Dossier En Santé Publique ADSP*. sept 2018;(104).
47. Ministère de la Justice. L'administration pénitentiaire en France [Internet]. 2007. Disponible sur: https://www.justice.gouv.fr/art_pix/administration_penitentiaire_en_france.pdf
48. Ministère de la Justice, Direction de l'administration pénitentiaire. Les structures pénitentiaires [Internet]. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/ladministration-penitentiaire-10037/les-structures-penitentiaires-14557.html>
49. Bodon-Bruzel M. Psychiatrie en milieu pénitentiaire. *EMC - Psychiatr*. janv 2013;10(1):1-17.
50. Sebbane D, Thomas P. Les dispositifs de prise en soins psychiatriques des personnes présentant des troubles psychiques en détention. *Actualité et Dossier En Santé Publique ADSP*. sept 2018;(104).
51. Michel D, Paulet C, Laurencin G. Psychiatrie en milieu pénitentiaire : la loi de 1994 pourrait-elle être remise en cause par l'essor de la préoccupation sécuritaire et de l'évaluation de la dangerosité ? *Inf Psychiatr*. oct 2012;88(8).
52. Ministère de la Justice, Direction de l'administration pénitentiaire, Ministère des solidarités et de la santé. Prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice - Guide méthodologique. 2019.
53. Eck M, Scoufflaire T, Debien C, Amad A, Sannier O, Chan Chee C, et al. Le suicide en prison : épidémiologie et dispositifs de prévention. *Presse Médicale*. janv 2019;48(1):46-54.
54. Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *The Lancet*. févr 2002;359(9306):545-50.
55. Fovet T, Plancke L, Amariei A, Benradia I, Carton F, Sy A, et al. Mental disorders on admission to jail: A study of prevalence and a comparison with a community sample in the north of France. *Eur Psychiatry*. 2020;63(1):e43.
56. Falissard B, Loze J-Y, Gasquet I, Duburc A, de Beaurepaire C, Fagnani F, et al.

- Prevalence of mental disorders in French prisons for men. *BMC Psychiatry*. déc 2006;6(1):33.
57. Fovet T, Thomas P, Amad A. Psychiatrie en milieu pénitentiaire : une sémiologie à part ? *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. oct 2015;173(8):726-30.
 58. Human Right Watch. Double peine - Conditions de détention inappropriées pour les personnes présentant des troubles psychiatriques dans les prisons en France. 2016.
 59. Fovet T, Amad A, Horn M, Thomas P, Chan-Chee C. Utilization of Hospital-Level Mental Health Care Services for Inmates in France: A Transversal Study. *Psychiatr Serv*. 1 août 2020;71(8):824-8.
 60. Fazel S, Ramesh T, Hawton K. Suicide in prisons: an international study of prevalence and contributory factors. *Lancet Psychiatry*. déc 2017;4(12):946-52.
 61. Jarrett M, Craig T, Parrott J, Forrester A, Winton-Brown T, Maguire H, et al. Identifying men at ultra high risk of psychosis in a prison population. *Schizophr Res*. avr 2012;136(1-3):1-6.
 62. Flynn D, Smith D, Quirke L, Monks S, Kennedy HG. Ultra high risk of psychosis on committal to a young offender prison: an unrecognised opportunity for early intervention. *BMC Psychiatry*. déc 2012;12(1):100.
 63. Jarrett M, Valmaggia L, Parrott J, Forrester A, Winton-Brown T, Maguire H, et al. Prisoners at ultra-high-risk for psychosis: a cross-sectional study. *Epidemiol Psychiatr Sci*. avr 2016;25(2):150-9.
 64. Chowdhury NZ, Albalawi O, Wand H, Adily A, Kariminia A, Allnutt S, et al. First diagnosis of psychosis in the prison: results from a data-linkage study. *BJPsych Open*. nov 2019;5(6):e89.
 65. Thomas P, Fovet T, Amad A. Psychiatrie en milieu pénitentiaire, entre nécessité et ambiguïté. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. mai 2015;173(4):348-51.
 66. Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO), Institut de statistiques de l'UNESCO. Classification Internationale Type de l'Education - CITE 2011 [Internet]. 2013. Disponible sur: <http://uis.unesco.org/sites/default/files/documents/international-standard-classification-of-education-isced-2011-fr.pdf>
 67. Endicott J. The Global Assessment Scale: A Procedure for Measuring Overall Severity of Psychiatric Disturbance. *Arch Gen Psychiatry*. 1 juin 1976;33(6):766.
 68. Guy W, editor. Clinical Global Impression. ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology. Rockville, MD, U.S. Department of Health, Education, and Welfare. 1976.
 69. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schizophr Bull*. 1 janv 1987;13(2):261-76.

70. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*. 1998;59 Suppl 20:22-33;quiz 34-57.
71. Douglas KS, Hart SD, Webster CD, Belfrage H, Guy LS, Wilson CM. Historical-Clinical-Risk Management-20, Version 3 (HCR-20 V3): Development and Overview. *Int J Forensic Ment Health*. 3 avr 2014;13(2):93-108.
72. De Fabrique N. Hare Psychopathy Checklist. In: Kreutzer JS, DeLuca J, Caplan B, éditeurs. *Encyclopedia of Clinical Neuropsychology* [Internet]. New York, NY: Springer New York; 2011 [cité 21 sept 2021]. p. 1210-1. Disponible sur: http://link.springer.com/10.1007/978-0-387-79948-3_837
73. Gudjonsson GH, Young S, Yates M. Motivating mentally disordered offenders to change: Instruments for measuring patients' perception and motivation. *J Forensic Psychiatry Psychol*. mars 2007;18(1):74-89.
74. Ramsay CE, Goulding SM, Broussard B, Cristofaro SL, Abedi GR, Compton MT. Prevalence and psychosocial correlates of prior incarcerations in an urban, predominantly African-American sample of hospitalized patients with first-episode psychosis. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2011;39(1):57-64.
75. Marion-Veyron R, Lambert M, Cotton SM, Schimmelmann BG, Gravier B, McGorry PD, et al. History of offending behavior in first episode psychosis patients: A marker of specific clinical needs and a call for early detection strategies among young offenders. *Schizophr Res*. févr 2015;161(2-3):163-8.
76. Wasser T, Pollard J, Fisk D, Srihari V. First-Episode Psychosis and the Criminal Justice System: Using a Sequential Intercept Framework to Highlight Risks and Opportunities. *Psychiatr Serv*. oct 2017;68(10):994-6.
77. Meinert P, Behr J, Gauger U, Krebs J, Konrad N, Opitz-Welke A. Psychosis in German prisoners: Comparison of the clinical appearance of psychotic disorder of an imprisoned population with a not detained community group. *Behav Sci Law*. sept 2020;38(5):482-92.
78. Edimansyah Abidin, Chong SA, Vaingankar JA, Peh CX, Poon LY, Rao S, et al. Trajectories of positive, negative and general psychopathology symptoms in first episode psychosis and their relationship with functioning over a 2-year follow-up period. Hashimoto K, éditeur. *PLOS ONE*. 2 nov 2017;12(11):e0187141.
79. Fazel S. Schizophrenia, Substance Abuse, and Violent Crime. *JAMA*. 20 mai 2009;301(19):2016.
80. Clarke M, Whitty P, Browne S, Mc Tighe O, Kinsella A, Waddington JL, et al. Suicidality in first episode psychosis. *Schizophr Res*. sept 2006;86(1-3):221-5.

AUTEURE : Nom : MOUCHONNET

Prénom : Margot

Date de soutenance : 12 octobre 2021

Titre de la thèse : Premier épisode psychotique en milieu carcéral : une étude descriptive à l'UHSA de Seclin

Thèse - Médecine - Lille 2022

Cadre de classement : Psychiatrie de l'adulte

DES + spécialité : Psychiatrie

Mots-clés : Premier épisode psychotique, psychiatrie en milieu carcéral, unités hospitalières spécialement aménagées

Contexte. Le premier épisode psychotique (PEP) est défini par l'apparition de symptômes psychotiques, pour la première fois dans la vie d'une personne. Le PEP chez les personnes détenues a été très peu investigué, alors que la prévalence des troubles psychiatriques y est très importante. L'objectif de cette étude est d'identifier les caractéristiques sociodémographiques, de décrire le parcours judiciaire, l'histoire de la maladie et la symptomatologie psychiatrique des personnes présentant un PEP au sein de l'Unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) de Seclin. **Méthode.** Nous avons réalisé une étude descriptive auprès des personnes hospitalisées à l'UHSA de Seclin pour un PEP, entre novembre 2020 et avril 2021. Les données suivantes ont été extraites des dossiers médicaux : données sociodémographiques, antécédents, parcours judiciaire, anamnèse et données issues de l'évaluation psychopathologique (résultats à plusieurs échelles, en particulier la *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS)). La durée de psychose non traitée (DPNT) a été calculée pour chaque patient (durée entre date estimée du PEP et 1^{ère} prise de traitement antipsychotique). **Résultats.** Dix hommes ont été inclus, tous hospitalisés sans leur consentement (âge moyen : 33 ans). La quasi-totalité (90%) consommait des substances psychoactives (majoritairement du cannabis). Six patients avaient déjà été incarcérés auparavant (d'1 à 15 fois), uniquement pour des délits. Concernant l'incarcération actuelle : les motifs étaient variés (homicide pour 2 patients, délits pour 8), 7 patients étaient condamnés (durée de la peine : 4 mois à 14 ans ; médiane : 4 mois). Les patients présentaient une symptomatologie positive marquée à la PANSS (moyenne à l'échelle positive : 23,3/49 ; $\sigma = 7,4$). La DPNT était variable, de 4 jours à 10 ans (médiane : 59 jours). Six personnes avaient été incarcérées pendant la DPNT. **Conclusion.** Notre échantillon, particulièrement hétérogène, nous permet de dégager plusieurs profils de patients, en particulier : 1) ceux qui ont été incarcérés pendant la DPNT, confirmant ainsi l'intérêt d'une prise en charge précoce et 2) ceux qui ont présenté leur PEP en milieu carcéral, soulignant le rôle des facteurs de stress en lien avec la détention dans l'apparition de symptômes psychotiques chez des sujets vulnérables.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs : Monsieur le Docteur Thomas FOVET, Madame le Docteur Marion ECK

Directeur de thèse : Madame le Docteur Marion ECK