

UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année 2024

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Prise en soins du premier épisode psychotique en milieu
carcéral : une étude qualitative auprès de psychiatres
exerçant en milieu pénitentiaire dans les Hauts-de-France**

Présentée et soutenue publiquement le 25-09-2024
à 16h00 au pôle recherche

Par Timothée PETITPREZ

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseur :

Madame le Docteur Suzanne BUYLE-BODIN

Directrice de thèse :

Madame le Docteur Margot TRIMBUR

Avertissement

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

Sigles

AICS	Auteur d'infraction à caractère sexuel
APS	<i>Attenuated psychotic symptoms</i>
ARMS	<i>At Risk Mental State</i>
ARS	Agence Régionale de Santé
ASE	Aide sociale à l'enfance
BLIPS	<i>Brief limited intermittent psychotic symptoms</i>
CAARMS	<i>Comprehensive Assessment of at Risk Mental States</i>
CATTP	Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CD	Centre de détention
CHU	Centre hospitalier universitaire
CMP	Centre médico-psychologique
CP	Centre pénitentiaire
CProU	Cellule de protection d'urgence
CSL	Centre de semi-liberté
DPNT	Durée de psychose non traitée
DSM	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
DSP	Dispositif de soins psychiatriques
DSS	Dispositif de soins somatiques
ECG	Electrocardiogramme
EPM	Etablissement pénitentiaire pour mineurs
EPSM	Etablissement public de santé mentale
ETP	Education thérapeutique pour le patient
F2RSMPsy	Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale et Psychiatrie
GHT	Groupement hospitalier de territoire

HAS	Haute Autorité de Santé
HDJ	Hôpital de jour
IPA	Infirmier en pratique avancée
IRM	Imagerie par résonance magnétique
MA	Maison d'arrêt
MC	Maison centrale
MDPH	Maison Départementale pour les Personnes Handicapées
PEP	Premier épisode psychotique
PJJ	Protection judiciaire de la jeunesse
PPPEP48	Programme de Prévention des Pathologies Emergentes en Psychiatrie 48h
QD	Quartier disciplinaire
QI	Quartier d'isolement
SDRE	Soins sur décision d'un représentant de l'Etat
SIPS/SOPS	<i>Structured Interview for Prodromal Syndromes / Scale of Prodromal Symptoms</i>
SL	Soins libres
SMPR	Service médico-psychologique régional
SPIP/CPIP	Service/Conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation
TCC	Thérapie cognitive et comportementale
TDAH	Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité
TSPT	Trouble de stress post-traumatique
UHR	<i>Ultra High Risk</i>
UHSA	Unité hospitalière spécialement aménagée
UHSI	Unité hospitalière sécurisée interrégionale
UMD	Unité pour malades difficiles
USMP	Unité sanitaire en milieu pénitentiaire

Sommaire

Avertissement.....	2
Sigles.....	3
Sommaire	5
Introduction.....	8
1 Le premier épisode psychotique.....	8
1.1 Définition	8
1.2 Données épidémiologiques	9
1.3 Histoire de la maladie	10
1.4 Facteurs de risque.....	14
1.5 Evolution après un premier épisode psychotique	16
1.6 La durée de psychose non traitée	18
1.7 Prise en charge du premier épisode psychotique.....	20
1.7.1 Bilan initial du PEP.....	20
1.7.2 Traitement pharmacologique du PEP	22
1.7.3 Traitement non pharmacologique du PEP	23
1.7.4 Prise en charge ambulatoire ou hospitalière.....	25
1.7.5 Prise en charge spécifique dans les Hauts-de-France : le projet PPPEP48 26	
2 Le milieu carcéral	27
2.1 Le système carcéral français.....	27
2.1.1 Le parcours carcéral	27
2.1.2 Les services de l'administration pénitentiaire.....	28
2.2 Organisation des soins en milieu carcéral	30
3 Santé mentale des personnes détenues	33
3.1 Prévalence des troubles psychiatriques	33
3.2 Le premier épisode psychotique en milieu carcéral.....	37
4 Objectifs de l'étude	39
Matériel et méthodes	40
1 Design de l'étude.....	40
2 Constitution de la population d'étude.....	41
3 Recueil des données.....	42
4 Traitement des données.....	43

Résultats.....	45
1 Caractéristiques de la population	45
2 Analyse du verbatim	48
2.1 Spécificités cliniques du premier épisode psychotique en détention	48
2.1.1 Identification et évaluation des troubles	48
2.1.2 Diagnostic	53
2.1.3 Prise en charge.....	55
2.1.4 Facteurs de risque spécifiques au milieu carcéral	60
2.1.5 Difficultés de repérage	62
2.2 Parcours de soins d'un détenu présentant un PEP	63
2.2.1 Etat des lieux	63
2.2.2 Problématiques dans le parcours de soins	65
2.2.3 Perspectives	70
2.3 Enjeux de l'accès aux soins	76
2.3.1 Avant l'incarcération.....	76
2.3.2 En détention.....	79
2.3.3 En post-carcéral.....	100
2.4 Administration pénitentiaire et secteur psychiatrique : une double stigmatisation	108
2.4.1 Réactions du milieu carcéral au trouble mental	108
2.4.2 Réactions des soignants de secteur au détenu	114
2.4.3 Perspectives et enjeux d'avenir	117
2.5 Particularités des détenus mineurs.....	121
Discussion	125
1 Principaux résultats	125
2 Discussion des résultats.....	126
3 Points forts et limites de l'étude	137
4 Perspectives.....	138
Conclusion.....	143
Liste des tables.....	145
Liste des figures	146
Références	147
Annexe 1	154
Annexe 2	156

Introduction

1 Le premier épisode psychotique

1.1 Définition

Le premier épisode psychotique (PEP) se définit par l'apparition pendant une durée supérieure à 7 jours de symptômes psychotiques tels que des idées délirantes, des hallucinations, et une désorganisation comportementale, intellectuelle et/ou affective [1].

La définition ci-dessus est celle proposée par Yung et al. dans une échelle d'évaluation des états mentaux à risque de transition psychotique, la *Comprehensive Assessment of at Risk Mental States* (CAARMS) [2] et est celle la plus couramment utilisée dans la littérature.

En effet, il n'existe pas de définition du premier épisode psychotique dans le DSM-5 (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) [3], et d'autres données de la littérature peuvent donner une définition de ce trouble avec quelques aspects différents.

Par exemple, Miller et al. définissent dans leur échelle d'évaluation SIPS/SOPS (*Structured Interview for Prodromal Syndromes / Scale of Prodromal Symptoms*) le premier épisode psychotique comme la présence de symptômes psychotiques pendant plus d'une heure par jour, et ce pendant au moins 4 jours par semaine

pendant un mois [4]. Ces différences de définition, et notamment de durée des symptômes nécessaire pour poser le diagnostic, peuvent avoir un impact important dans l'évaluation et la prise en charge des troubles.

1.2 Données épidémiologiques

Il existe peu de données sur l'épidémiologie du premier épisode psychotique en France. Dans la littérature internationale, l'incidence du premier épisode psychotique semble varier en fonction de différents éléments tels que le pays, l'origine ethnique, le niveau socio-économique l'âge ou encore le genre.

En effet, une étude observant l'incidence de tous les troubles psychotiques dans 6 pays différents retrouve une variation d'un facteur 8 avec une incidence allant de 6/100 000 habitants à 46.1/100 000 habitants [5].

D'autres études évaluent par exemple l'incidence du premier épisode psychotique à 31,7/100 000 habitants dans une population anglaise âgée de 16 à 64 ans, ou à 16,4/100 000 habitants dans une population italienne âgée de 18 à 64 ans [6,7].

Une autre étude anglaise menée par Kirkbride et al. retrouvait, dans une population plus jeune âgée de 16 à 35 ans, une incidence du premier épisode psychotique estimée à 34/100 000 habitants [8]. Cette étude retrouvait également une incidence plus élevée chez les personnes issues d'ethnies considérées comme minoritaires, ainsi que chez les personnes avec un niveau socio-économique plus faible, vivant dans des zones plus densément peuplées et plus défavorisées, vivant seules et étant sans emploi. Un autre élément mis en avant par les investigateurs était un âge moyen

du premier épisode psychotique de 22,5 ans chez les hommes et de 23,4 ans chez les femmes, avec une diminution progressive du taux d'incidence avec l'âge [8].

Concernant l'âge de début des troubles et la répartition selon le genre, les données peuvent varier selon les études, cependant il semble exister une différence d'âge d'apparition des symptômes. En effet, la plupart des études retrouvent chez l'homme un pic entre 18 et 24 ans, alors que chez la femme il est décrit deux pics d'incidence, l'un en fin d'adolescence, diminuant plus lentement que chez l'homme, et l'autre après 40-50 ans [5,9].

Ces études sur les différences selon le genre montrent en général un début des troubles plus tardif chez la femme, mais aussi une durée de psychose non traitée plus courte, et un meilleur pronostic avec une meilleure réponse au traitement et un nombre moindre de rechutes [6,9].

1.3 Histoire de la maladie

Les données actuelles de la littérature montrent que l'apparition d'un premier épisode psychotique en tant que tel fait suite le plus souvent à une succession de prodromes, dont l'identification précoce est un enjeu majeur de la prise en charge, eux-mêmes faisant suite à un état prémorbide, s'intégrant dans une hypothèse neurodéveloppementale des troubles psychotiques [1,10].

Cette phase prémorbide évolue de la période anténatale à l'apparition des prodromes, et est marquée par la présence de facteurs de vulnérabilité acquis ou génétiques, prédisposant à l'apparition d'un trouble psychotique [11].

Ces marqueurs de vulnérabilité sont représentés notamment par des signes neurologiques mineurs comme des atteintes des fonctions sensorielles, intégratives, de la coordination motrice, des séquences de mouvements complexes et des réflexes développementaux, dont la présence pourrait traduire l'existence d'anomalies structurelles cérébrales, qui seraient elles-mêmes des séquelles des perturbations du développement neurologique précoce, tout ceci étant en faveur de l'hypothèse neurodéveloppementale des troubles psychotiques [12].

D'autres marqueurs de vulnérabilité clinique sont la présence d'anomalies de développement psychomoteur non spécifiques, d'atteintes de la cognition et du langage, de troubles du comportement précoce et des interactions sociales avec notamment un repli et une agressivité.

On peut également retrouver des traits de personnalité de type schizotypique ou des symptômes psychiatriques non spécifiques dans l'enfance ou l'adolescence pouvant être associés à des troubles anxieux, un syndrome dépressif, un trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) ou un trouble oppositionnel avec provocation [10,11].

On note aussi durant cet état prémorbide des signes paracliniques comme des anomalies identifiées en imagerie cérébrale structurale et fonctionnelle ou des signes neuro-électrophysiologiques [13].

Faisant suite à cette phase prémorbide, on peut retrouver une phase prodromique chez environ 80 à 90% des cas dans une période allant de 2 à 5 ans avant la transition psychotique [14]. Cette phase prodromique est caractérisée par un déclin fonctionnel avec initialement des prodromes légers pouvant inclure des symptômes psychotiques atténués, une anxiété, un retrait social [15] et des troubles cognitifs touchant la perception, le traitement de la pensée, le langage et l'attention mais ne correspondant pas à des symptômes psychotiques de désorganisation intellectuelle [2].

Par la suite, ces signes peuvent évoluer avec l'apparition de symptômes psychotiques et donc marquer la transition psychotique. Des études montrent que, sans intervention spécifique, le taux de transition est d'environ 34.9% sur une durée de suivi de 10 ans, avec un surrisque dans les 2 premières années après l'identification de ces prodromes [15]. D'autres études parlent de 22 % des sujets présentant des prodromes qui développeront un trouble psychotique au cours de l'année qui suit [16].

De plus, la période prodromique s'accompagne souvent de prises de risques (abus de substances), de mises en danger (tentatives de suicide), d'un repli, voire d'une désinsertion sociale impactant lourdement le pronostic fonctionnel [16].

C'est dans le but de mieux identifier et de mieux prévenir le risque à court terme de transition psychotique qu'a été développée l'échelle de la CAARMS par l'équipe de McGorry et Yung en Australie, définissant un état mental à risque, « At Risk Mental State » (ARMS), et un état à ultra-haut risque, « Ultra High Risk » (UHR) [1,2,11,14,16].

On retrouve dans cet état mental à risque défini par la CAARMS 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*).[1]

La présence ou non de ces symptômes permet de classer les individus UHR en 3 catégories [11,17] :

- Un groupe comprenant 85% des UHR, avec des personnes présentant des symptômes psychotiques atténués (des APS) comme des idées délirantes ou des hallucinations, mais avec une désorganisation restant compréhensible et une bonne critique des troubles, et avec des traits de personnalité schizotypique tels que des idées de référence, des bizarreries, des pensées magiques [17] ;
- Un groupe avec des symptômes psychotiques brefs et intermittents (des BLIPS), avec une absence de critique des troubles, mais d'une durée inférieure à 7 jours (la durée de 7 jours étant la limite avant de parler de transition psychotique et donc de premier épisode psychotique) [1,17] ;
- Un groupe avec une détérioration du fonctionnement global, associé à un risque génétique avec la présence d'un trouble psychotique ou d'un trouble de la personnalité schizotypique chez un apparenté au premier degré [14,17].

Des comorbidités psychiatriques telles que des troubles anxieux, dépressifs, ou de l'usage de substances sont fréquemment retrouvées en association à cet état mental à risque, ainsi que des altérations de la qualité de vie, notamment sur le plan de performances scolaires, professionnelles ou sociales [2].

La [figure 1](#) présente un modèle évolutif de l'apparition des troubles psychotiques.

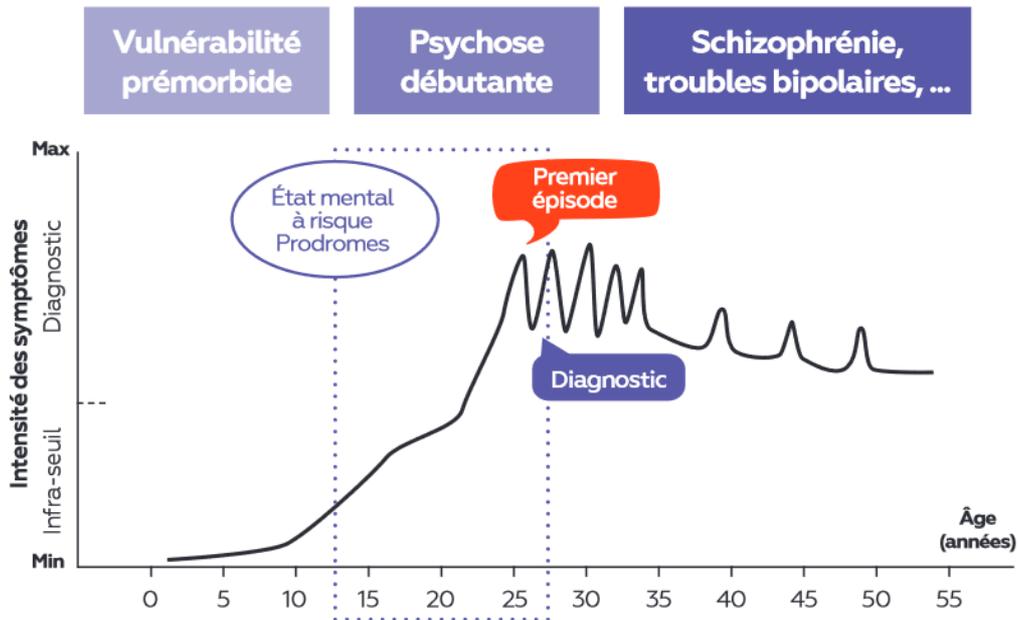


Figure 1 : Modèle évolutif de l'apparition des troubles psychotiques (d'après Krebs M-O, Canceil O.

Détection précoce des troubles psychotiques : enjeux de la mise en place d'un réseau de soins [18])

1.4 Facteurs de risque

L'émergence de troubles psychotiques peut être expliquée par un modèle impliquant des facteurs de risque génétiques et environnementaux, complété par un modèle neurodéveloppemental [10].

En effet, certains gènes pouvant favoriser la schizophrénie (NRG1, GAD1, DISC1, DTNBP1, GRM3) seraient impliqués dans des atteintes précoces et tardives du développement et de la maturation cérébrale, principalement en période anté- et périnatale et à l'adolescence. Ces gènes et ces atteintes neurodéveloppementales entraîneraient une sensibilité plus marquée à des facteurs de risque environnementaux rencontrés aux différentes périodes de la vie [10,12].

Dans la période périnatale, des facteurs de risque sont retrouvés comme une hypoxie fœtale, un déficit en folates fœtaux ou maternels, une infection lors de la grossesse, le stress et l'âge paternel [6].

Dans l'enfance et l'adolescence, on identifie des facteurs de risque comme la maltraitance (physique, psychologique, sexuelle ou par négligence), la perte ou l'éloignement prolongé d'un parent, ou tout autre évènement de vie stressant [6,15]. Chez les personnes présentant un PEP, on constate un taux élevé de cortisol diurne et de marqueurs de l'inflammation comme la CRP, le TNF alpha ou les interleukines 1 et 6, pouvant suggérer un lien entre des évènements de vie stressant et une suractivation de l'axe hypothalamo-hypophysaire chez des individus prédisposés génétiquement [19].

D'autres facteurs de risque de troubles psychotiques ayant un lien moins direct avec un possible état de stress sont repérés dans l'enfance et l'adolescence, comme l'exposition à la précarité sociale, l'absence d'emploi des parents, un faible statut socio-économique des parents ou encore une vie en foyer monoparental [19,20].

D'une manière générale, plusieurs facteurs de risque urbains et sociaux ont montré leur impact sur l'apparition de troubles psychotiques, comme le fait de vivre en zone urbaine centrale, le fait de vivre dans une zone avec de fortes disparités sociales et ethniques, l'exclusion sociale, la pauvreté ou encore le manque d'accès aux soins [6,20]. Il a également été retrouvé un risque supérieur dans les premières et deuxièmes générations de migrants, en particulier pour les personnes subissant une exclusion sociale et une discrimination raciale importantes [20].

Enfin, la consommation de toxiques, et en particulier de cannabis, est un facteur de risque majeur de développer un trouble psychotique. Certaines études montrent par exemple un risque multiplié par trois chez les patients consommant du cannabis avec un taux élevé de delta-9-tétrahydrocannabinol (THC), allant jusqu'à être multiplié par cinq en cas de consommation quotidienne. Comme pour tous les autres facteurs de risque environnementaux, cette sensibilité au cannabis serait expliquée par une susceptibilité génétique associée [19].

1.5 Evolution après un premier épisode psychotique

Le premier épisode psychotique peut évoluer vers un rétablissement complet, notamment lorsque l'épisode était favorisé par la consommation de substances psychoactives, il peut évoluer vers une répétition d'épisodes psychotiques brefs, également par exemple dans le cas de troubles psychotiques liés à l'usage de substances, ou dans d'autres cas il peut évoluer vers un trouble chronique comme un des troubles du spectre schizophrénique, tels que définis dans le DSM-5 (trouble psychotique bref, trouble schizophréniforme, schizophrénie, trouble schizo-affectif [3]), ou un trouble bipolaire [1].

Sur le plan fonctionnel, les personnes souffrant de troubles psychotiques sont plus souvent exposées à l'isolement social et à une perte d'autonomie, avec par exemple un taux plus important de chômage et de personnes célibataires [21], et à une plus grande détresse psychologique, entraînant un risque suicidaire plus élevé, les données indiquant qu'un patient sur deux atteint de schizophrénie réalisera une tentative de suicide durant sa vie [22].

Les études sur l'évolution après un premier épisode psychotique donnent des résultats variables.

Une étude suivant sur 10 ans des personnes ayant eu un PEP retrouve une absence de nouvel épisode pour 12% des patients avec cependant, pour la majorité des patients, une récupération symptomatique, peu de nouvelles hospitalisations et seulement un quart des cas qui présentaient une évolution vers une pathologie chronique [21].

Différentes méta-analyses ont porté sur ce sujet, avec par exemple une première en 2012 qui estimait le taux de rechute à 28% à 1 an et à 54% à 3 ans [23], une autre en 2017 qui retrouvait un taux de rémission de 58% à 5.5 ans et un taux de rétablissement de 38% à 7.2 ans de suivi [24] et une dernière plus récente datant de 2021 avec des résultats de 54% de rémission symptomatique à 3.6 ans et de 32% de rétablissement à 6 ans de suivi [25].

La rémission correspond ici à la présence de symptômes positifs et négatifs minimes pendant au moins 6 mois et le rétablissement correspond à la rémission stable des symptômes pendant au moins 2 ans [21,24,25].

Ces différentes études ont également pu identifier plusieurs facteurs pronostiques de rémission ou de rechute, avec notamment une association significative au risque de rechute après un PEP d'un mauvais fonctionnement pré-morbide, d'une consommation de toxiques et d'une mauvaise adhérence au traitement antipsychotique [23]. Une étude s'intéressant spécifiquement aux facteurs pronostiques initiaux d'une durée plus longue de troubles psychotiques sur 10 ans après un PEP avait identifié comme facteurs une durée de psychose non traitée

(DPNT) de plus de 26 semaines, une absence de rémission clinique dans les 3 mois après le début des symptômes du premier épisode psychotique, et un fonctionnement social prémorbide altéré [26].

D'autres facteurs identifiés seraient eux associés à un meilleur taux de rémission sur le long terme après l'arrêt progressif du traitement, avec par exemple un plus grand nombre d'années d'étude, une rémission stable à 2 ans, ainsi qu'une poursuite plus longue du traitement antipsychotique [27]. En effet, selon la littérature, l'arrêt du traitement est à réaliser progressivement sur 3 à 6 mois, après une durée recommandée de traitement de 1 à 2 ans, avec un suivi médical renforcé et une vigilance sur l'apparition de signes de rechute [28].

1.6 La durée de psychose non traitée

La durée de psychose non traitée (DPNT) correspond à la période entre l'apparition des symptômes du premier épisode psychotique et le début du traitement, qui dure en moyenne entre 1 et 2 ans [1].

La DPNT semble être un facteur conditionnant majeur de nombreux éléments prédictifs de la pathologie, tels que la réponse au traitement, l'évolution des troubles et des symptômes résiduels, ou encore les répercussions cognitives et sociales. En effet, une DPNT plus courte serait associée à une meilleure réponse au traitement et à une plus grande diminution des symptômes négatifs sous traitement [29]. Elle serait également associée à un taux supérieur de rémission, à des symptômes négatifs moins importants à court terme et, d'une manière générale, à un meilleur fonctionnement global et une meilleure qualité de vie [4].

Au contraire, une DPNT plus longue serait prédictive d'une moindre amélioration des symptômes et du fonctionnement socio-professionnel après le traitement [29] et serait associée à un taux de rechute plus important, à une poursuite des consommations de toxiques et, de manière générale, à un mauvais pronostic à moyen terme [4,29,30].

Au vu de l'impact pronostique important que semble avoir la DPNT, plusieurs études ont voulu analyser les facteurs pouvant allonger ou réduire celle-ci.

Une étude de Schimmelmann et al. rapporte une association significative entre une longue DPNT et un âge jeune au début des symptômes, une activité professionnelle moindre et un mauvais fonctionnement prémorbide [31].

Une DPNT plus longue semble associée à d'autres facteurs cliniques tels qu'un défaut de la conscience des troubles, un début insidieux, un repli sur soi ou un meilleur niveau de performances cognitives, permettant une meilleure adaptation aux symptômes [4].

Des facteurs socio-démographiques seraient également associés à un allongement de la DPNT, comme la maltraitance dans l'enfance, les problèmes financiers et le statut professionnel, l'absence d'assurance maladie, les difficultés d'accès aux soins, ou encore les antécédents d'incarcération [32–34].

Une DPNT plus courte pourrait quant à elle être reliée à une apparition aiguë des symptômes [35], au fait de vivre avec des membres de sa famille, d'avoir un travail ou d'être étudiant [33], ou encore à la consommation de cannabis, qui serait également associée à un âge de début des troubles plus précoce et à des symptômes positifs plus sévères, permettant ainsi un repérage plus rapide des troubles [36].

1.7 Prise en charge du premier épisode psychotique

1.7.1 Bilan initial du PEP

La prise en charge d'un premier épisode psychotique est bien décrite par des recommandations internationales, comme celles du National Institute of Clinical Excellence (NICE), ou les recommandations australiennes, qui préconisent un bilan multidisciplinaire à visée étiologique et pré-thérapeutique pour toute personne présentant un PEP. Ce bilan doit comprendre [1,37,38] :

- Une évaluation psychiatrique, avec notamment l'analyse de la chronologie des troubles, la description des symptômes, l'évaluation du risque suicidaire et du risque hétéro-agressif, la recherche d'éventuelles comorbidités, l'évaluation des consommations de toxiques, le recueil des traitements en cours ;
- Une évaluation somatique à la recherche de diagnostic différentiel, associée à un bilan biologique et à une imagerie cérébrale, à étendre en fonction de la présentation (génétique, inflammatoire, métabolique) ;
- Une évaluation développementale sur le plan social, cognitif et psychomoteur ;
- Une évaluation neuropsychologique ;
- Une évaluation de la qualité de vie et du statut socio-économique (logement, niveau d'étude, diplôme, profession, activités, relations sociales, ethnicité).
- S'y ajoute le bilan pré-thérapeutique avant l'introduction d'un antipsychotique, tel que recommandé par la Haute Autorité de Santé (HAS), actualisé en 2017 [39].

Ainsi, les recommandations australiennes décrivent les examens suivants à réaliser pour l'évaluation initiale d'un PEP [38] :

- Examen neurologique complet ;
- Mesure du poids, du tour de taille, de l'IMC ;
- Mesure de la fréquence cardiaque, de la pression artérielle, de la température ;
- Evaluation du niveau d'activité physique, de la consommation de tabac, d'alcool et d'autres toxiques ;
- Recherche d'antécédents familiaux notamment sur le plan cardiovasculaire ;
- Chez la femme en âge de procréer, date des dernières règles et éventualité d'une grossesse ;
- Electrocardiogramme (ECG) ;
- IRM cérébrale ;
- Bilan sanguin comprenant : numération formule sanguine, ionogramme avec calcémie, bilan hépatique et rénal, glycémie à jeun, exploration d'une anomalie lipidique, taux de sédimentation érythrocytaire, anticorps antinucléaires, fonction thyroïdienne (TSH, T3 totale et T3L, T4), prolactinémie, cuivre sérique et céruléoplasmine, vitamines B9 et B12, sérologies VIH, VHC (si à risque) et syphilis, bêta-HCG chez la femme en âge de procréer ;
- Recherche de toxiques urinaires ;
- Sur signe d'appel : électroencéphalogramme, ponction lombaire, radiographie pulmonaire, caryotype, recherche de métaux lourds.

Après la réalisation de ce bilan complet et l'élimination d'une origine organique ou toxique aux symptômes du PEP, la prise en charge comprend la mise en place d'un traitement pharmacologique et non pharmacologique.

1.7.2 Traitement pharmacologique du PEP

La prise en charge pharmacologique du PEP repose sur l'introduction d'un traitement antipsychotique. Les différentes recommandations internationales se retrouvent sur plusieurs principes généraux tels que la nécessité d'une introduction rapide mais progressive de l'antipsychotique, avec la recherche de la dose minimale efficace en débutant à dose faible et en augmentant progressivement si nécessaire (principe du *start low - go slow*). En effet, les doses nécessaires sont souvent moins élevées que dans le trouble chronique, l'amélioration est souvent plus rapide, mais il y a également un risque plus important d'effets indésirables, justifiant de ne pas utiliser de dose de charge de traitement (l'objectif visé est souvent une dose diminuée de moitié par rapport à celle utilisée pour un trouble chronique) [1,37,38].

La monothérapie doit être privilégiée en première intention, avec l'utilisation d'un antipsychotique atypique parmi l'Amisulpride, l'Aripiprazole, la Quétiapine ou la Risperidone. Le choix parmi ces molécules doit prendre en compte le bilan clinique et paraclinique initial, le profil de tolérance des molécules et les préférences du patient après une information sur l'efficacité attendue et les potentiels effets indésirables, qui doivent être prévenus et recherchés [1,38].

En cas d'échec ou d'efficacité insuffisante du traitement, la stratégie doit être dans l'ordre (toujours après avoir éliminé une mauvaise observance, l'usage de substances ou d'autres facteurs pouvant expliquer l'inefficacité du traitement) : augmentation de la posologie, essai d'un autre antipsychotique de première ligne, si échec de 2 antipsychotiques de première ligne essai de l'Olanzapine, puis de la Clozapine [38].

La durée recommandée du traitement est d'au minimum 1 à 2 ans après le premier épisode psychotique en cas d'épisode unique, pouvant être prolongée jusqu'à 5 ans en cas de rechute avec une possibilité d'augmenter la posologie si nécessaire [1,39].

Tout au long du traitement, il faudra contrôler régulièrement le risque cardiovasculaire, métabolique, hépatique et rénal avec la mesure du poids, de l'IMC, de la fréquence cardiaque, de la pression artérielle, et la réalisation d'un ECG et d'un bilan sanguin [37–39].

Pour faciliter l'observance et minimiser le risque de rechute, la prescription d'un traitement antipsychotique sous forme injectable retard peut être envisagée quand le traitement est stabilisé à une dose efficace et bien tolérée. Des premières études sur cette utilisation dans le PEP sont encourageantes mais le manque d'essais contrôlés randomisés entrave son intégration aux recommandations dans l'indication spécifique du PEP [1].

1.7.3 Traitement non pharmacologique du PEP

La prise en charge du premier épisode psychotique doit être globale et les programmes internationaux recommandent l'implication de plusieurs modes de soins [1,37,38].

Tout d'abord, le patient doit bénéficier de psychoéducation ou éducation thérapeutique pour le patient (ETP), qui consiste en une aide apportée au patient pour la compréhension de sa pathologie et de ses traitements, dans le but d'optimiser les soins en le faisant collaborer à la prise en charge de son état de santé. La

psychoéducation comprend les informations sur la maladie et sur les médicaments mais aussi un travail sur les règles hygiéno-diététiques (sommeil, alimentation, activité physique) et les conduites à risque et notamment l'utilisation de toxiques [1].

Des techniques de thérapie cognitive et comportementale (TCC) peuvent être utilisées dans la prise en charge du PEP, notamment pour améliorer la gestion du stress et les stratégies d'adaptation, les habiletés sociales, les symptômes thymiques, mais également les symptômes psychotiques eux-mêmes, et pour travailler sur les consommations de substance [1,15].

Après la stabilisation clinique, des soins de remédiation cognitive sont nécessaires pour limiter l'impact fonctionnel des troubles cognitifs, qui sont présents dès le stade du PEP. Ces soins peuvent consister en des activités de groupe en individuel, pour travailler les performances cognitives telles que la mémoire de travail, l'attention, la planification, les fonctions exécutives ou les habiletés sociales

Associés à une prise en charge de réhabilitation psychosociale, pouvant s'axer sur la réinsertion sociale, scolaire et professionnelle, ces soins ont montré leur efficacité sur la qualité de vie et le pronostic fonctionnel global des patients ayant eu un PEP [1,15,40–42].

Des interventions familiales peuvent également être utiles, afin d'élargir la psychoéducation aux proches du patient et leur proposer des pistes d'aides en cas de difficultés rencontrées. En effet, l'implication de la famille dans la prise en charge du

patient a montré son impact favorable à la fois pour le patient lui-même et pour ses proches [1,15,43].

Afin de coordonner la prise en charge d'un patient présentant un PEP, le rôle du *case manager* (ou gestionnaire de cas) a été développé. Il s'agit d'une personne ressource dans le parcours de soins du patient ayant pour mission de coordonner les différents intervenants et de favoriser le maintien dans les soins, tout en accompagnant le retour du jeune dans son parcours d'étude ou de formation et dans son cercle amical et familial [1,15]. Plusieurs études internationales ont montré l'efficacité de ce mode d'organisation des soins sur l'adhésion au traitement et l'alliance thérapeutique [44,45] ou sur la diminution des symptômes négatifs à long terme [46].

1.7.4 Prise en charge ambulatoire ou hospitalière

Les recommandations internationales indiquent que les hospitalisations pour PEP devraient avoir lieu dans des services spécialisés dans la prise en charge de cette phase des troubles, avec des durées courtes de séjour [1,37]. En dehors de cette préconisation, elles ne se prononcent pas sur une indication formelle de prise en charge ambulatoire ou hospitalière du premier épisode psychotique.

Marie-Odile Krebs et al. considèrent que les soins doivent être principalement ambulatoires, mettant en avant le côté effrayant et stigmatisant que peut avoir une hospitalisation dans un service de psychiatrie. Ils préconisent des solutions intermédiaires comme des équipes mobiles pouvant intervenir au domicile, mettant également en avant que, dans l'idéal, les troubles devraient être repérés et pris en

charge dès le stade de prodromes et avant que le PEP ne se déclare et que les symptômes ne nécessitent une hospitalisation, posant ainsi la question de l'accès aux soins, du repérage des sujets à risque ou à ultra haut risque (UHR) et de leur prise en charge [1].

En France, de plus en plus de programmes dédiés à l'intervention précoce pour le PEP se développent, à travers des équipes spécialisées pluridisciplinaires, regroupant des psychiatres, des psychologues, des infirmiers, des travailleurs sociaux, des éducateurs, et coordonnées par des *case managers*.

Ces dispositifs préconisent un suivi du patient pendant 2 à 3 ans, parfois 5 ans, et une prise en charge du patient dès le début des troubles, ou bien à la suite d'une hospitalisation, avec pour objectif au long cours de faciliter le rétablissement et de prévenir les rechutes [1,47].

1.7.5 Prise en charge spécifique dans les Hauts-de-France : le projet

PPPEP48

Un de ces dispositifs dédiés à l'intervention précoce pour le premier épisode psychotique a été développé dans les Hauts-de-France par le CHU (centre hospitalier universitaire) de Lille et le GHT (groupement hospitalier de territoire) de Psychiatrie du Nord-Pas-de-Calais. Il s'agit du projet PPPEP48 (Programme de Prévention des Pathologies Emergentes en Psychiatrie 48h), « un dispositif de coordination et de sensibilisation des professionnels des soins primaires et des soins psychiatriques basé sur le case-management dans l'intervention précoce », ayant pour objectif de réduire à 48 heures le délai d'accès aux soins pour le PEP, en misant sur une amélioration du

repérage par les soignants de première ligne comme les médecins généralistes, sur l'admission rapide aux urgences ou en hospitalisation, mais aussi sur la facilitation de l'accès aux examens complémentaires avec des dispositifs dédiés [48].

2 Le milieu carcéral

2.1 Le système carcéral français

2.1.1 Le parcours carcéral

Une procédure pénale se partage en trois phases : la phase pré-sentencielle, le jugement, et la phase post-sentencielle.

Le Code pénal français définit trois types d'infractions et les peines encourues pour chacune (*articles 131-1 à 131-49* du Code pénal) :

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

Dans les suites de la garde à vue et de la mise en examen, une détention provisoire peut être ordonnée pour les affaires correctionnelles ou criminelles. Une personne détenue peut avoir un statut différent selon le moment de l'infraction pénale et de son jugement : au stade de détention provisoire avant le jugement, le détenu peut avoir le

statut de prévenu en cas de délit, ou d'accusé en cas de crime. Après le jugement, si la personne est condamnée à une peine de prison, elle aura le statut de condamné.

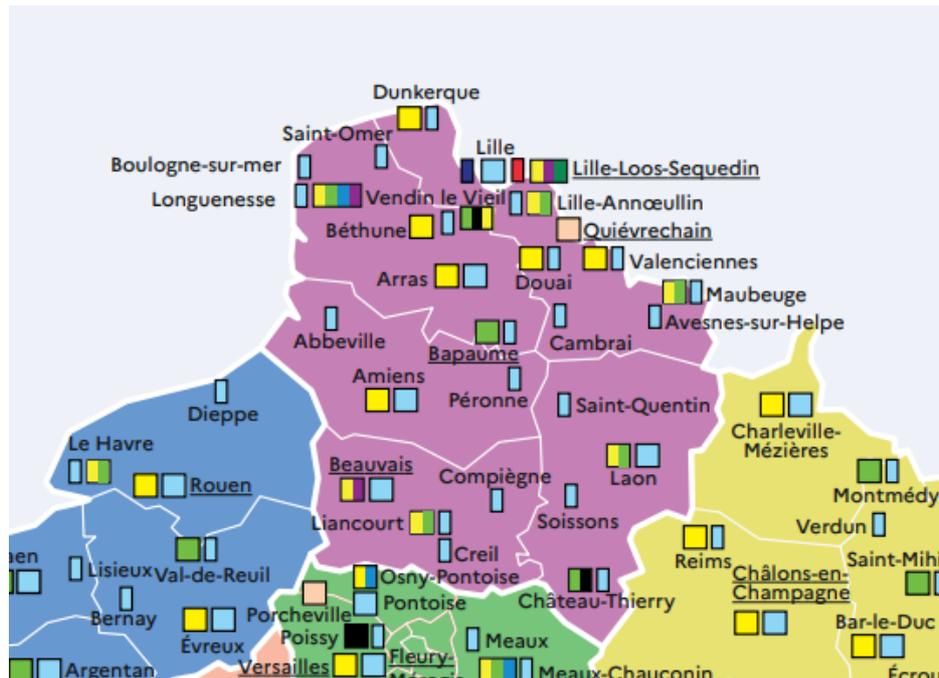
2.1.2 Les services de l'administration pénitentiaire

En France, en décembre 2023, on comptait 75 677 personnes incarcérées, pour une capacité de 61 359 places opérationnelles, soit une densité carcérale globale de 123,3%, allant jusqu'à 148,5% pour les maisons d'arrêt. Parmi ces détenus, 26,6% étaient prévenus. Parmi les personnes écrouées (détenues et non détenues), 3,7% étaient des femmes, et 0,8% des mineurs [49].

On retrouve 187 établissements pénitentiaires en France, dont 18 dans la région des Hauts-de-France représentés sur la [Figure 2](#), différenciés en deux types de structure, les maisons d'arrêt (MA) et les établissements pour peine. Les maisons d'arrêt sont réservées aux prévenus et aux condamnés dont la peine est inférieure à 2 ans. Les établissements pour peine sont dédiés aux autres types de peine, ils comportent [50] :

- Les centres de détention (CD), pour les personnes condamnées à une peine supérieure à 2 ans avec un objectif de réinsertion sociale ;
- Les maisons centrales (MC), pour les personnes condamnées à une longue peine ou présentant des risques particuliers ;
- Les centres pénitentiaires (CP), regroupant une maison d'arrêt et un centre de détention ou une maison centrale ;
- Les centres de semi-liberté (CSL), pour les personnes condamnées avec un régime leur permettant de sortir de l'établissement la journée dans le cadre d'un projet de réinsertion socio-professionnelle ;

- Les quartiers pour peine aménagée, pour les personnes sous le régime de semi-liberté, d'un placement extérieur, ou condamnées à une peine de moins d'un an.
- Les établissements pénitentiaires pour mineurs (EPM), accueillant des détenus de 13 à 18 ans.



Légende

- Maison d'arrêt
- Centre de détention
- Maison centrale
- Centre de semi-liberté
- Siège de service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP)
- Établissement pénitentiaire pour mineurs
- Centre pénitentiaire
(ici par exemple un quartier MA et un quartier SL)
- Centre national d'évaluation
- Structure d'accompagnement vers la sortie (SAS)
- Unité hospitalière sécurisée interrégionale
- Unité hospitalière spécialement aménagée
- Établissement public de santé national de Fresnes
- Antenne ou résidence administrative de SPIP
- École nationale d'administration pénitentiaire

Figure 2 : Carte des établissements pénitentiaires des Hauts-de-France (d'après la section française de l'Observatoire International des Prisons [51])

Au sein des établissements pénitentiaires, les principaux intervenants de l'administration pénitentiaire sont les surveillants pénitentiaires qui, avec un niveau de responsabilité différent selon leur grade, prennent en charge au quotidien les personnes détenues et contribuent à leur réinsertion tout en veillant à la sécurité de l'établissement pénitentiaire, des personnes détenues et des personnels [52].

En complément des établissements pénitentiaires, les services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP), composés principalement de conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation (CPIP), ont pour objectif la réinsertion socio-professionnelle des personnes détenues, la prévention de l'isolement social en maintenant un lien avec l'extérieur et ils assurent le suivi et le contrôle des personnes à l'extérieur placées sous main de justice [53].

2.2 Organisation des soins en milieu carcéral

Les soins psychiatriques et somatiques pour les personnes détenues sont organisés en trois niveaux d'intervention [54,55] (voir [Figure 3](#)) :

- Le niveau 1 correspond à une prise en charge ambulatoire au sein des unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP). L'USMP est elle-même composée de deux dispositifs de soins : un dispositif de soins somatiques (DSS) et un dispositif de soins psychiatriques (DSP). Le DSP assure, dans des locaux dédiés, l'ensemble des activités de consultations, d'entretiens et d'activités thérapeutiques de groupe, notamment au sein d'un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP). Les soins sont accessibles à toute personne incarcérée, le contact se faisant généralement à l'entrée en

incarcération au cours d'un entretien « arrivant » de dépistage, par la suite sur demande de la personne incarcérée ou après un signalement (par le personnel de l'administration pénitentiaire, la famille ou tout autre intervenant en détention).

- Le niveau 2 correspond aux soins à temps partiel, avec notamment sur le plan psychiatrique une prise en charge en hôpital de jour (HDJ) dans les établissements disposant d'un service médico-psychologique régional (SMPR). L'accès à ce deuxième niveau de soins pour les femmes et les mineurs incarcérés reste un écueil, le principe de non-mixité dans les prisons s'y opposant dans la plupart des établissements pénitentiaires. En plus de leur mission de soin, les SMPR assurent un rôle d'information et de coordination pour les autres USMP de la région, qui peuvent leur adresser des patients.

Pour les soins somatiques, les patients peuvent avoir accès à la journée à des chambres sécurisées dans les établissements hospitaliers de proximité.

- Le niveau 3 correspond aux soins en hospitalisation à temps complet. Sur le plan psychiatrique, les hospitalisations peuvent avoir lieu en unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA), où les patients peuvent être admis en soins libres (SL) ou en soins sur décision d'un représentant de l'Etat (SDRE). Ces structures sont surveillées par l'administration pénitentiaire mais ses intervenants ne sont pas présents à l'intérieur des services de soin. Les patients peuvent également être admis dans un hôpital de psychiatrie générale, cette fois-ci systématiquement en SDRE conformément à l'article D398 du Code de procédure pénale. Cette modalité d'hospitalisation a souvent pour conséquence une durée plus courte d'accueil et une utilisation parfois non justifiée par la présentation clinique de l'isolement et de la contention physique, devant une

crainte du risque d'évasion du fait de l'absence de garde pénitentiaire. Enfin, pour les patients présentant les troubles les plus sévères, l'hospitalisation peut se faire en unité pour malades difficiles (UMD).

Sur le plan somatique, les détenus peuvent bénéficier de soins dans des chambres sécurisées au sein des établissements de proximité, dans les unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI) pour les hospitalisations de plus de 48h ou dans l'établissement public de santé national de Fresnes, ayant une activité de médecine générale, de médecine physique et de réadaptation, de soins de suite.

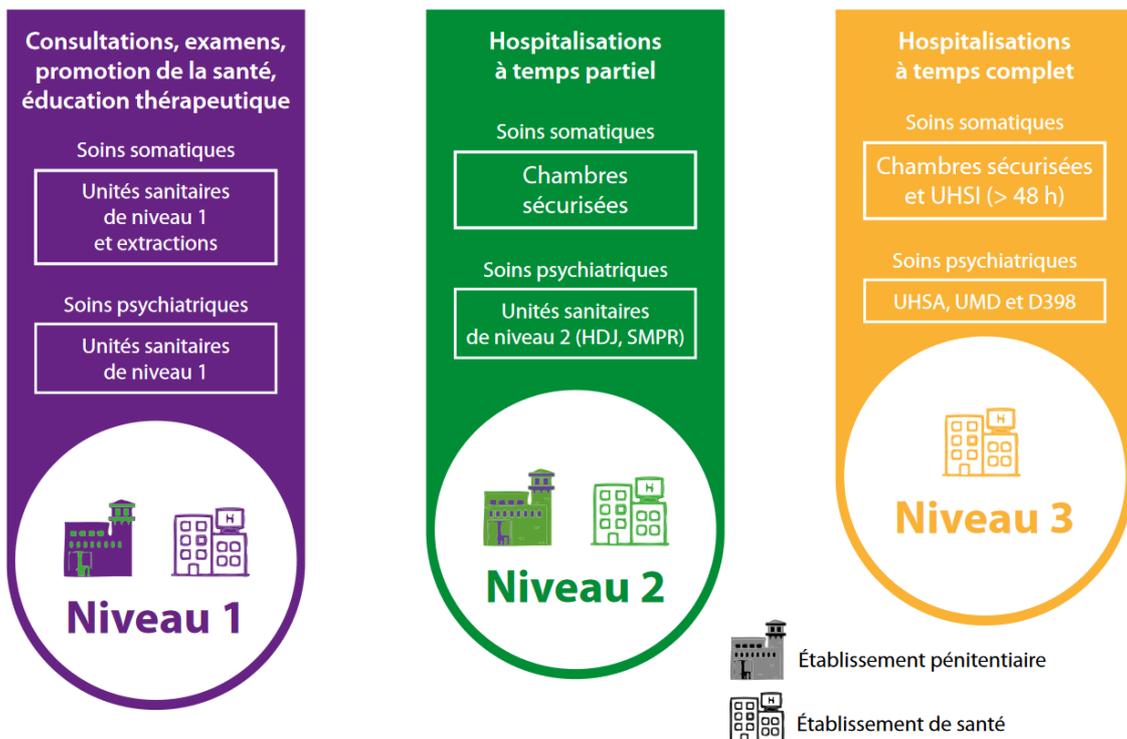


Figure 3 : Organisation des soins en milieu carcéral (d'après le guide méthodologique "prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice" 2019, Ministère de la justice [55])

Le transport d'une personne détenue entre un établissement pénitentiaire et un établissement de santé ou entre deux établissements de santé, nécessite une escorte assurée selon les cas par l'administration pénitentiaire ou par les forces de sécurité intérieure [55].

De même, une garde statique, assurée là aussi par l'administration pénitentiaire ou par les forces de sécurité intérieure, est nécessaire pour les détenus bénéficiant de soins dans un hôpital général. Elle n'est pas nécessaire pour les hospitalisations complètes en psychiatrie dans un hôpital de psychiatrie générale ou en UMD, ni dans les services déjà sécurisés par l'administration pénitentiaire (UHSA et UHSI) [55].

3 Santé mentale des personnes détenues

3.1 Prévalence des troubles psychiatriques

En milieu carcéral, la prévalence des troubles psychiatriques a été étudiée à différentes échelles, mais la surreprésentation des troubles psychiatriques dans cette population est systématiquement retrouvée.

A l'échelle régionale, une étude de Fovet et al. en 2020 portait sur la prévalence des troubles psychiatriques à l'admission en détention dans le Nord de la France, et retrouvait la présence d'au moins un trouble psychiatrique chez 63,3% des détenus. Parmi ces troubles, les pathologies psychiatriques sévères avaient une prévalence 2 à 3 fois plus élevée que dans la population générale. Les troubles psychotiques notamment étaient présents chez 6,9% en milieu carcéral contre 2,3% en milieu communautaire et les troubles de l'humeur étaient retrouvés chez 31,2% des détenus

contre 14,6% en population générale. L'usage de toxiques, y compris d'alcool, était repéré chez 53,5% de la population incarcérée avec en particulier une consommation de cannabis de 45,2% [56].

A l'échelle nationale, une revue systématique de la littérature s'intéressant à la prévalence des troubles psychiatriques dans les prisons de France métropolitaine et d'outre-mer datant de 2024 retrouvait une prévalence de 6,9 à 17% de troubles psychotiques, de 28 à 31,2% de troubles de l'humeur, de 29,4 à 44,4% de troubles anxieux, et évaluait également une prévalence de 5 à 14,2% pour le trouble de stress post-traumatique (TSPT), de 11% pour le TDAH, et de 32% pour les troubles de la personnalité, avec notamment 8,8% de troubles de la personnalité antisociale [57].

Des résultats similaires sont retrouvés à l'échelle internationale, une méta-analyse de 2012 étudiant les résultats d'études menées dans 24 pays entre 1966 et 2010 retrouvait une prévalence des troubles psychotiques de 3,6% chez les hommes incarcérés et de 3,9% chez les femmes et une prévalence d'épisode dépressif caractérisé de 10,2% chez les hommes et de 14,1% chez les femmes incarcérées. Ces valeurs étaient à chaque fois 2 à 4 fois plus élevées en population carcérale qu'en milieu communautaire [57,58].

L'étude de Eck et al. de 2024 souligne toutefois que les comparaisons avec la littérature internationale doivent rester prudentes car l'organisation de la justice et des soins psychiatriques peuvent être très différents d'un pays à l'autre et ces éléments

ont un impact certain sur la prévalence des troubles psychiatriques en milieu pénitentiaire. Ainsi, le système français n'est pas le même que dans la plupart des pays européens voisins, puisque ces derniers ont développé des institutions médico-légales (ou *forensic*) jumelant soins psychiatriques et contrainte pénale alors que la France a gardé un système séparant le milieu judiciaire et le milieu sanitaire en prenant pour critère d'orientation la notion de responsabilité pénale. Une personne déclarée responsable de ses actes est donc punie d'une peine d'emprisonnement alors qu'une personne déclarée irresponsable sur le plan pénal du fait d'un trouble psychiatrique est orientée vers une prise en charge en secteur de psychiatrie générale [57].

Un autre point soulevé est le manque de renseignements dans la littérature sur la santé mentale des femmes et des mineurs, étant moins représentés dans la population carcérale, les études manquent souvent de puissance statistique pour identifier des différences éventuelles avec la population majoritaire d'hommes et de majeurs [57].

Une des études retrouvées à ce sujet, portant sur l'hospitalisation des mineurs en UHSA, avait pu identifier un diagnostic de trouble psychotique dans 25% des cas et de trouble anxieux dans 26% des cas dans cette population [59].

En lien avec cette surreprésentation globale des troubles psychiatriques en milieu carcéral, une étude rapporte que 6,6% des personnes détenues ont été admises en hospitalisation en 2016, contre 0,6% de la population générale pour la même période. On note aussi que les troubles psychotiques concernaient 31% de ces prises en charge hospitalières [60].

Tous ces éléments tendent à montrer la part importante des troubles psychotiques en milieu carcéral et suggèrent l'importance à accorder à la prise en charge de cette population spécifique.

Par ailleurs, le suicide est établi comme une des premières causes de décès en détention. La mortalité par suicide des personnes détenues en France est 7 fois plus élevée que dans la population générale. Différentes études ont pu identifier certains facteurs de risque propres à cette population, parmi lesquels on retrouve l'isolement physique, le motif d'incarcération avec notamment l'homicide ou la réclusion criminelle à perpétuité. D'autres facteurs de risque plus généraux sont retrouvés comme les antécédents de troubles psychiatriques et de tentatives de suicide, le sexe masculin ou l'origine caucasienne. Et certains facteurs identifiés comme protecteurs en population générale deviennent des facteurs de risque en milieu carcéral, par exemple le statut marital.

Des périodes de risque majoré sont également repérées, en particulier la période post incarcération et la période post libération immédiate (dans les 2 semaines), où le risque suicidaire serait multiplié par 4 [61,62].

Dans les données internationales, une étude de Fazel et al. indiquait un taux de suicide de 100 pour 100 000 détenus dans les pays d'Europe du Nord et de l'Ouest, incluant la France. Des taux plus faibles, allant de 23 à 67 pour 100 000 détenus, étaient rapportés en Australie et en Amérique du Nord [63].

3.2 Le premier épisode psychotique en milieu carcéral

Il n'existe que peu de données sur l'incidence du premier épisode psychotique en milieu carcéral dans la littérature mais on peut quand même trouver quelques études s'intéressant aux états mentaux à haut risque de transition psychotique en détention, montrant une vulnérabilité sociale et psychiatrique de cette population, avec notamment un nombre plus élevé de personnes sans diplôme et de personnes sans domicile fixe avant l'incarcération et des antécédents plus nombreux de tentative de suicide, d'automutilation, de dépression et d'anxiété [64].

Dans une étude concernant l'évaluation des états mentaux à risque de transition psychotique dans un échantillon de jeunes détenus de sexe masculin en Tunisie, il était retrouvé une prévalence de 21,3% de sujets répondant aux critères d'ultra haut risque (UHR). Chez ces sujets UHR, on retrouvait plus d'antécédents de tentatives de suicide et d'automutilations, plus de symptômes dépressifs et anxieux, un fonctionnement socioprofessionnel plus altéré et une consommation plus importante de cannabis [65].

Une autre étude à ce sujet, étudiant une population carcérale à Londres, retrouvait un taux de 5% de sujets à risque de transition psychotique (ARMS) ainsi qu'un taux de 3% de premier épisode psychotique [66].

Une population d'hommes de 16 à 20 ans nouvellement incarcérés était investiguée dans une autre étude qui retrouvait, comme dans l'étude tunisienne, un taux plus élevé d'états mentaux à risque de transition psychotique avec une prévalence de 22,8% et montrait également une association avec la poly consommation de toxiques [67].

Certaines données concernent tout de même plus spécifiquement le PEP en milieu pénitentiaire, avec par exemple une étude australienne qui indique que parmi les premiers diagnostics de trouble psychotique, 1,7% a lieu en détention. Ces diagnostics en détention concernaient le plus souvent des hommes, célibataires, d'origine défavorisée et étaient posés dans les 3 mois après l'incarcération dans plus de trois quarts des situations [68].

Des études se sont quant à elles intéressées plus spécifiquement au lien entre durée de psychose non traitée (DPNT) et incarcération et montrent que ces deux éléments peuvent avoir un impact l'un sur l'autre. En effet, d'un côté la DPNT serait une période avec un risque plus élevé de passage à l'acte hétéro-agressif, et ce d'autant plus qu'elle est plus longue [69,70] : une étude retrouve que 38,5% des homicides commis pendant une décompensation psychotique l'étaient pendant la DPNT d'un premier épisode psychotique [70]. Une méta-analyse plus récente de 2024 rapporte quant à elle que le taux de violence pendant la DPNT semble avoir diminué ces dernières années, même si la prévalence reste élevée, justifiant de la nécessité d'un repérage et d'une prise en charge la plus précoce possible des troubles [71].

Dans l'autre sens, une incarcération pendant la DPNT pourrait allonger celle-ci, et pourrait augmenter la sévérité des symptômes positifs et le temps de réponse au traitement [72].

Toutes ces données indiquent donc l'importance des enjeux de détection et d'intervention précoces concernant le premier épisode psychotique en milieu carcéral.

4 Objectifs de l'étude

Depuis quelques années se développe dans le milieu de la psychiatrie en France la question du premier épisode psychotique. Même s'il n'existe pas encore de recommandations françaises sur le sujet, des pratiques communes se mettent en place pour une optimisation du diagnostic, de la prise en soins initiale et du suivi du PEP.

D'un autre côté, la population carcérale présente des spécificités, avec une prévalence plus importante de troubles psychiatriques et notamment de troubles psychotiques, l'incarcération pouvant en elle-même déclencher ou aggraver ces troubles [73,74]. De plus, cette population est exposée à des facteurs de risque identifiés du premier épisode psychotique comme l'isolement social, la précarité, le faible niveau socio-professionnel ou la maltraitance [54]. On sait également que l'exercice de la psychiatrie en milieu carcéral comporte des spécificités et des contraintes qui lui sont propres.

Nous nous sommes donc posé la question des particularités de la prise en soins d'un premier épisode psychotique dans le milieu particulier qu'est le milieu carcéral.

L'objectif principal de cette étude est de faire un état des lieux de la prise en soins du premier épisode psychotique dans les différents établissements pénitentiaires de la région des Hauts-de-France.

Matériel et méthodes

1 Design de l'étude

Nous avons mené une étude qualitative auprès d'une population de psychiatres exerçant en établissement pénitentiaire en région Hauts-de-France.

Le recueil des données a été effectué au travers d'entretiens semi-dirigés, permettant à la fois de suivre une grille d'entretien standardisée et de laisser chaque participant s'exprimer librement. L'étude s'est basée sur les critères COREQ (Tong, Sainsbury, et Craig 2007).

Le questionnaire utilisé comportait 12 questions ouvertes, réparties en 3 ensembles de questions portant sur le parcours du patient, les liens avec les autres intervenants, et les freins et perspectives identifiés par les répondants. Il a été conçu en intégrant les thèmes à aborder selon les objectifs de l'étude décrits plus haut. La version utilisée de ce questionnaire est jointe en annexe ([Annexe 1](#))

Nous avons choisi d'interroger les participants en entretien individuel, pour permettre une expression libre et spontanée, sans les biais d'auto-censure ou d'imitation qui pourraient apparaître en entretien de groupe, ce qui aurait pu porter atteinte à la diversité potentielle des informations et avis recueillis.

La réalisation de cette étude a été encadrée par la cellule d'aide méthodologique qualitative de la Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale et Psychiatrie (F2RSMPsy).

2 Constitution de la population d'étude

Un échantillonnage raisonné et à variation maximale a été réalisé afin de constituer un échantillon pouvant présenter des expériences et avis diversifiés sur le sujet. Pour optimiser la pluralité des expériences, nous avons choisi comme variables : le sexe, l'âge, le département d'exercice, l'ancienneté d'exercice en milieu carcéral, le type d'établissement pénitentiaire où le participant exerce, la population accueillie dans cet établissement pénitentiaire et le nombre de psychiatres y intervenant.

L'objectif initial était de pouvoir interroger un psychiatre dans chacun des 17 établissements pénitentiaires de la région Hauts-de-France de type maison d'arrêt, centre de détention, maison centrale ou établissement pénitentiaire pour mineurs. Les établissements de type centre de semi-liberté ou centre pour peines aménagées n'étaient pas concernés par l'étude car ils ne comportent pas d'unité sanitaire en leur sein et il n'y a donc pas de psychiatre y intervenant.

Pour le recrutement, nous avons contacté spontanément par téléphone les unités sanitaires des 17 établissements pénitentiaires de la région afin d'obtenir le contact des psychiatres y exerçant.

Puis les psychiatres ont été contactés directement par mail le 06 novembre 2023 avec une proposition de participation à l'étude et une relance était effectuée à J15 puis à J30 en l'absence de réponse.

Dans notre étude, nous avons pu réaliser 10 entretiens sur les 17 initialement envisagés, en raison de l'intervention de certains psychiatres dans plusieurs établissements pénitentiaires de la région à la fois, et en raison de l'absence de

réponse de certains psychiatres sollicités malgré les 2 relances ou de l'absence de réponse dans les délais nécessaires pour la conduite de l'étude.

Ces 10 entretiens ont tout de même permis une saturation des données, avec la réalisation d'entretiens avec au moins un psychiatre exerçant dans chaque type d'établissement pénitentiaire (maison d'arrêt, centre de détention, maison centrale, établissement pénitentiaire pour mineurs), ces établissements étant situés dans 4 des 5 départements de la région Hauts-de-France.

Nous avons ainsi interrogé 5 psychiatres exerçant en maison d'arrêt (dont 1 avec un quartier pour mineurs), 3 psychiatres exerçant en maison d'arrêt et en centre de détention (dont 2 avec un quartier pour mineurs dans la maison d'arrêt), 1 psychiatre exerçant en maison d'arrêt et en établissement pénitentiaire pour mineurs et 1 psychiatre ayant cessé depuis peu d'exercer en maison centrale et en centre de détention.

3 Recueil des données

L'accord de participation à l'étude des personnes sollicitées a été recueilli par mail lors de la prise de rendez-vous et a été renouvelé à l'oral lors des entretiens réalisés, après explication du projet d'étude et remise d'une lettre d'information écrite expliquant celui-ci de manière plus formelle ([Annexe 2](#)).

Les entretiens ont tous été réalisés de manière individuelle en présentiel.

Un entretien a été réalisé dans l'établissement pénitentiaire d'exercice du participant, un entretien a été réalisé dans un bureau mis à disposition par l'hôpital Fontan au CHU

de Lille et tous les autres ont été réalisés sur un autre lieu d'exercice du participant que l'établissement pénitentiaire, pour des raisons de facilité d'accès.

Le recueil des données a été fait grâce à un enregistrement audio de l'échange sur un enregistreur vocal. La durée moyenne des entretiens était de 39,6 minutes.

Ces entretiens ont été réalisés sur une période allant du 15 novembre 2023 au 06 mars 2024.

Les données socio-démographiques des participants ont été recueillies au moyen d'un questionnaire écrit complété à la fin de l'entretien ([Annexe 3](#)).

4 Traitement des données

Les données recueillies ont été anonymisées avec l'attribution d'un numéro à chaque participant et à chaque établissement pénitentiaire selon l'ordre chronologique de réalisation des entretiens. Un numéro a également été attribué pour l'anonymisation des autres établissements pénitentiaires de la région dans les cas où ils ont été cités au cours de l'échange, même si aucun psychiatre y exerçant n'a été rencontré.

Les données ont été conservées sur le réseau sécurisé de la F2RSMPsy et les personnes interrogées ont été informées du contenu confidentiel de leurs témoignages, à l'oral et à l'écrit, par le biais de la lettre d'information remise en main propre à chaque entretien.

Les enregistrements audios ont ensuite été retranscrits dans leur intégralité sur un document Word, constituant ainsi le verbatim et donc le matériel d'analyse. Ce verbatim était constitué d'un ensemble de 105 pages.

Nous avons choisi d'utiliser une méthode d'analyse thématique inductive, celle-ci a été réalisée à l'aide du logiciel NVivo 14®, avec d'abord un codage des thèmes abordés par les participants puis un regroupement de ces codes en cas et groupes de cas, dégagant les axes d'intérêt de notre étude.

Un journal de bord a été tenu par l'investigateur principal, permettant de prendre des notes pendant et après les entretiens, pendant le codage et l'analyse, pour noter des impressions personnelles, des idées sur la direction à prendre pour l'étude, et l'avancée de la recherche.

Résultats

1 Caractéristiques de la population

Le descriptif des caractéristiques socio-professionnelles de la population de psychiatres rencontrés est résumé dans le [Tableau 1](#) ci-dessous.

Pour des raisons d'anonymisation, nous ne détaillons pas ici le type d'établissement pénitentiaire dans lequel exerce chaque psychiatre ni le nombre exact d'autres psychiatres exerçant dans cet établissement, la personne interrogée étant parfois seule en poste.

On remarque que sur les 10 répondants, 5 psychiatres ont une activité exclusivement en milieu carcéral et sur les 5 autres, 4 ont une activité en secteur de psychiatrie générale, et 1 a une activité libérale.

A noter que pour le répondant ayant cessé depuis peu son activité en maison centrale et en centre de détention, le temps de travail rapporté en milieu pénitentiaire est celui au moment de l'exercice, de même pour le nombre d'autres psychiatres exerçant dans l'établissement.

Par ailleurs, ces informations montrent que l'estimation du nombre de premiers épisodes psychotiques observés par an en milieu carcéral est très variable d'un répondant à l'autre, ces variations pouvant s'expliquer par les différences de taille d'établissement pénitentiaire et de type de personnes accueillies. En effet, ce chiffre descend même à zéro pour le répondant ayant exercé en maison centrale, celui-ci

indiquant que tous les patients psychotiques rencontrés dans cet établissement avaient déjà un diagnostic de posé avant leur arrivée, la plupart étant transférés depuis d'autres établissements pénitentiaires pour la suite d'exécution d'une peine longue d'emprisonnement. Le répondant a donc participé à l'entretien en rapportant la manière dont il imaginait prendre en charge un patient présentant un premier épisode psychotique dans ce type d'établissement.

Enfin, ces données montrent que certains répondants estiment que toutes les personnes présentant un PEP sont hospitalisées, tandis que d'autres estiment le nombre d'hospitalisations inférieur à celui de cas observés, indiquant des différences de prise en charge ambulatoire et hospitalière entre ces établissements.

Tableau 1 : Caractéristiques socio-professionnelles de la population

	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10
Classe d'âge (ans)	30-39	30-39	30-39	60-69	30-39	30-39	20-29	40-49	40-49	30-39
Genre	F	F	H	F	F	F	H	H	H	F
Temps d'exercice en psychiatrie (ans)	6	4	5	35	6	7	1	14	14	7
Temps d'exercice en milieu pénitentiaire (ans)	6	3	3	35	6	7	1	7	3.5	6
Temps de travail en milieu pénitentiaire (en ETP)	1	1	1	1	0.8	0.7	0.1	0.1	0.3	0.5
Temps de travail en secteur de psychiatrie générale	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
Type de population accueillie (H/F/M*)	H/F/M	H	H/F/M	H	H/M	H	H	H	H/M	H
Nombre d'autres psychiatres exerçant dans l'établissement (en ETP)	3-5	1-3	<1	<1	<1	1-3	<1	<1	<1	1-3
Nombre de PEP estimés par an	10	5	5 à 10	6	3	24	3	1	3	0
Nombre d'hospitalisations pour PEP par an	10	5	5 à 10	6	2	24	3	0.5	2	0

* Hommes / Femmes / Mineurs

2 Analyse du verbatim

2.1 Spécificités cliniques du premier épisode psychotique en détention

2.1.1 Identification et évaluation des troubles

Le repérage de symptômes psychotiques chez un patient détenu peut se faire à différents moments de son parcours.

Tout d'abord, il peut s'agir de troubles qui étaient présents avant l'incarcération, repérés par le patient ou par son entourage mais sans prise en charge initiée. Il peut aussi s'agir de troubles à l'origine des faits ayant mené à l'incarcération, dans ce cas ils peuvent n'avoir été identifiés qu'à ce moment-là à la suite d'une évaluation psychiatrique ou d'une hospitalisation.

M1 : « c'était un premier épisode psychotique, donc 18 ou 19 ans premier épisode psychotique, lui après coup il décrit que ça faisait plusieurs mois qu'il commençait à avoir des idées délirantes mystiques, et disons le diagnostic s'est fait par rapport ... enfin tout a commencé avec les faits, parce qu'avant même sa famille n'avait rien décelé, et donc un jour il a poignardé son frère, sa mère, il s'est sauvé dans la rue où il a essayé de poignarder 2-3 passants, et là il s'est mis à prier dans la rue donc arrestation, et hospitalisation. A la sortie de l'hospitalisation, incarcéré, et depuis il fait des allers-retours entre ici et l'UHSA »

Il peut également y avoir des situations ayant été repérées en amont, ayant pu bénéficier d'un premier contact avec les soins psychiatriques, mais dont le suivi a été interrompu par l'incarcération sans transmission des informations à ce sujet.

Ensuite, il peut s'agir de troubles dont la première identification se fait au moment de l'incarcération, à travers l'évaluation « arrivant » systématique réalisée par un infirmier psychiatrique, un psychologue et/ou un psychiatre selon les établissements.

Des symptômes présents dès l'arrivée mais à bas bruit ou compensés par le patient peuvent n'être révélés que plus tard au cours du suivi ou à l'occasion d'une décompensation psychotique plus franche en détention.

M4 : « L'incarcération, c'est vraiment une situation, c'est du in vitro, ce qui peut passer pour de l'originalité, des trucs où les familles ont une grande tolérance, une fois que la personne est incarcérée, ça devient, ça explose quoi, invivable.

Parce que parfois les personnes mettent en place, ils ont des petits moyens pour tenir avec leur délire à l'extérieur, et une fois que tous ces petits moyens-là ne sont plus à leur disposition, la situation explose au grand jour. »

Enfin, il peut s'agir d'un premier épisode psychotique débutant pendant l'incarcération suite à l'exposition à de nouveaux facteurs de risque dans ce milieu.

Dans le cas des troubles identifiés après le début de l'incarcération, ils peuvent l'être au cours du suivi habituel du patient s'il en a un pour un autre motif, au cours d'une consultation à la demande du détenu lui-même ou à la suite d'un signalement du détenu à l'unité sanitaire. Ce signalement peut être fait par un agent de l'administration pénitentiaire, par un autre soignant (somaticien, addictologue ...), par un autre détenu (notamment s'il est lui-même suivi à l'unité sanitaire), ou par toute personne intervenant auprès du détenu concerné (magistrat, avocat, éducateur, visiteur de prison, famille, expert psychiatre ...)

Ces signalements sont le plus souvent en lien avec des troubles du comportement et des symptômes positifs (hallucinations et idées délirantes).

M7 : « Et puis les symptômes hallucinatoires, les patients qui soliloquent aussi, ou alors des troubles du comportement plus bruyants avec soit des comportements destructeurs, des crises clastiques, des patients qui déambulent nus dans leur cellule, qui bloquent leur cellule. Quand c'est des choses très bruyantes, l'administration pénitentiaire arrive quand même à nous solliciter. »

Ces troubles sont ceux les plus souvent rapportés car ce sont les plus facilement repérés et les plus dérangeants pour l'administration pénitentiaire et pour les autres détenus.

M4 : « quand ils sont plusieurs en cellule, ils sont très sensibles à l'hygiène, et à partir du moment où tu as quelqu'un dont le tableau de PEP va présenter une grosse incurie, tout de suite c'est signalé, c'est insupportable pour eux. »

A l'inverse, les patients présentant plutôt des symptômes négatifs avec un repli sur soi ou des symptômes positifs mais sans présentation bruyante sont beaucoup plus rarement signalés à l'unité sanitaire. Les répondants indiquent en effet que si la personne n'est pas dérangeante pour le fonctionnement de l'établissement, il n'y aura pas forcément de signalement effectué par l'administration pénitentiaire et les soignants peuvent ne jamais en entendre parler, ce qui peut fortement augmenter la durée de psychose non traitée et retarder l'accès aux soins.

M8 : « Ils vont signaler les choses qui sont remarquables et dérangeantes. Quand ce n'est pas dérangeant, ça m'est arrivé de voir un détenu alors qu'il allait sortir, parce qu'il avait été expertisé et que l'expert avait constaté qu'il était psychotique, et qu'on n'avait jamais entendu parler de lui. »

Quelques répondants précisent que dans certains cas, ces symptômes négatifs sont tout de même signalés par les agents pénitentiaires car ceux-ci notifient surtout la rupture avec l'état antérieur, notamment chez des détenus qu'ils connaissent depuis longtemps.

A la suite d'un signalement, le détenu est donc évalué par un psychiatre après convocation pour une consultation à l'unité sanitaire, dans la journée ou dans la semaine du signalement selon les disponibilités.

Si le détenu ne se présente pas en consultation et que la situation paraît inquiétante, le psychiatre a la possibilité de se rendre en cellule pour l'évaluation.

L'évaluation peut également se faire au quartier disciplinaire (QD) ou au quartier d'isolement (QI) si le détenu y a été placé après des troubles du comportement, notamment s'il y a eu un passage à l'acte hétéro-agressif sur un surveillant ou sur un autre détenu.

Dans des établissements pénitentiaires où il n'y aurait pas de psychiatre disponible, l'évaluation suite à un signalement peut être faite par un médecin généraliste ou par un psychiatre extérieur après une extraction aux urgences s'il y a des éléments d'inquiétude.

L'identification de troubles psychotiques en détention se fait donc par des signes et des canaux d'alerte qui peuvent être différents du milieu extérieur, n'ayant notamment pas accès à l'appréciation des proches et ces signes pouvant ne pas être dérangeants dans un milieu fermé, mais les répondants estiment que la plupart des signalements sont pertinents et apportent des informations utiles bien qu'ils ne soient pas exprimés en termes médicaux.

M4 : « Alors, il y a heureusement plusieurs portes d'entrées. Donc la première qui est incontournable, ce sont les signalements des surveillants, parce que ce sont des gens qui ont quand même une très grande expérience, et à partir du moment où ils signalent quelqu'un, 9 fois sur 10 c'est qu'ils ont raison et qu'il se passe quelque chose. »

2.1.2 Diagnostic

Après l'identification des troubles, l'évaluation psychiatrique peut donc permettre de poser un éventuel diagnostic de premier épisode psychotique ou de repérer des personnes à haut risque ou ultra haut risque de décompensation.

Sur le plan épidémiologique, la plupart des répondants n'avaient pas de notion claire du nombre de PEP diagnostiqués en détention, mais estimaient leur nombre comme plutôt faible.

M8 : « je n'ai pas du tout de chiffres, j'en ai vraiment aucune idée, mais je pense que ce n'est pas un nombre énorme de premier épisode quoi. Des épisodes psychotiques en détention oui, mais alors un premier épisode, découverte de la maladie en détention ... franchement ce n'est pas très fréquent. Enfin pour moi ce n'est pas fréquent. »

Leur fréquence était également estimée plus grande en maison d'arrêt qu'en centre de détention ou qu'en maison centrale, avec une majorité de patients jeunes en primo-incarcération.

Ce diagnostic est posé sur un faisceau d'arguments comportant la recherche des antécédents et de l'anamnèse des troubles, l'évaluation de la présentation clinique et la réalisation d'examen complémentaires (bilan sanguin, ECG, IRM cérébrale), s'ils sont accessibles, pour éliminer un diagnostic différentiel.

En détention, l'accès aux éléments d'anamnèse et aux antécédents peut être compliqué par le manque de contact avec les proches et avec les soignants qui auraient pu évaluer le patient avant son incarcération.

Ce manque d'informations peut porter préjudice au patient car il peut mener à des erreurs diagnostiques et donc à des prises en charge inadaptées.

M10 : « Je pensais à une situation, un patient qui avait un trouble délirant, résistant aux antipsychotiques, pourtant à des doses assez importantes, et finalement c'est à un parloir avec la famille, on avait pu y aller, et on a vu qu'il y avait des antécédents de chorée de Huntington. Et donc malheureusement, la détention a fait qu'il y a eu une perte de temps dans l'interrogatoire, parce qu'on a rencontré la famille que des mois et des mois après, plus le temps de la recherche génétique etc., pour conclure en effet à une chorée de Huntington, qui expliquait son trouble délirant. Donc voilà c'était intéressant. Malheureux pour ce patient parce que du coup il n'y a pas grand-chose à faire, mais c'était ça. Voilà, les risques de la détention, de perte de chance pour ça. »

A propos de l'évaluation clinique, aucun des répondants n'a indiqué utiliser d'échelle standardisée, et un répondant a spécifiquement précisé qu'il s'agissait surtout d'une évaluation des symptômes sans passation d'échelle.

En fonction de la sévérité clinique et de l'accès aux examens complémentaires, le diagnostic de PEP peut être posé en ambulatoire en détention ou au cours d'une hospitalisation si celle-ci est faite rapidement.

2.1.3 Prise en charge

La prise en charge d'un premier épisode psychotique en détention présente également des particularités.

Certains répondants considèrent que si les symptômes psychotiques ne sont pas trop bruyants et si la dotation en personnel soignant le permet, il est possible de prendre en charge le patient en ambulatoire avec un suivi psychiatrique et infirmier renforcé et l'instauration d'un traitement antipsychotique avec une délivrance pluriquotidienne. L'alliance thérapeutique entre le patient et les soignants est un prérequis obligatoire à cette prise en charge ambulatoire, qui a notamment pour but d'essayer de la conserver et de la renforcer. Les surveillants pénitentiaires peuvent dans ce cas également être intégrés dans la surveillance en leur indiquant de solliciter les soignants en cas de modification des troubles.

M8 : « Ça dépend du lien en fait. Si on arrive à discuter avec lui, qu'il est ok, qu'on fait les examens, qu'il prend le traitement, et qu'on arrive à avoir un bon lien qui se crée avec lui, on le fait en détention, on n'a pas besoin de l'extraire. »

D'autres répondants estiment qu'une présentation de PEP nécessite dans tous les cas une hospitalisation, la prise en charge ambulatoire ne pouvant pas être suffisante à cause des conditions contraignantes de la détention, notamment l'environnement

carcéral décrit comme anxiogène, surtout la nuit au moment où il n'y a pas d'accès possible à un soignant ou à un traitement d'urgence. Les enjeux en lien avec les procédures judiciaires en cours font aussi qu'il est difficile d'effectuer un travail d'alliance et d'éducation thérapeutique en détention car les détenus ont trop d'autres préoccupations parfois plus importantes pour eux.

M4 : « l'expérience prouve que les gens qu'on a essayé de traiter en ambulatoire, ça ne tient pas. »

Quand une hospitalisation est estimée nécessaire, elle se fait en priorité à l'UHSA où elle est possible en SL ou en SDRE. Elle peut se faire en secteur de psychiatrie générale, uniquement en SDRE, s'il n'y a pas de place disponible à l'UHSA dans un délai acceptable. Elle se fait alors sur le secteur de rattachement du patient ou dans un autre secteur sur décision de l'ARS s'il n'y a pas de place disponible sur son secteur.

En cas de délai d'attente pour l'hospitalisation, si les conditions le permettent, le patient peut rester en détention avec une surveillance rapprochée et une adaptation de la prise en charge pendant quelques jours en attendant le transfert. On peut par exemple placer le patient en cellule seule, instaurer un traitement anxio-sédatif et faire une évaluation quotidienne.

S'il y a des mises en danger du patient ou d'une tierce personne pendant ce temps d'attente, le patient peut être placé par les surveillants pénitentiaires en cellule de protection d'urgence (CProU) quand elle existe, théoriquement dans la limite de 24h renouvelable une fois, même si ces conditions de surveillance ne sont pas considérées

comme idéales par plusieurs des répondants car à risque de passage à l'acte hétéro-agressif sur les surveillants pénitentiaires notamment.

En cas de troubles du comportement trop importants ou de nécessité d'exams complémentaires rapides, le patient peut être extrait aux urgences du centre hospitalier de référence. Il peut y rester quelques jours en attendant une place d'hospitalisation ou rentrer en détention dans l'intervalle selon l'état clinique. Le SAMU peut également intervenir en détention si un patient présente un état d'agitation non gérable avec les moyens à disposition des soignants de l'unité sanitaire.

M2 : « Monsieur G, pour lequel on a fait venir, il était tellement persécuté le pauvre, on a fait venir le CHU, pour qu'ils l'injectent sur place. Pour qu'il se calme. Et il est parti directement au CHU, et il a eu son imagerie. Il a eu une IRM sur le moment, tellement c'était bruyant. Et là pour le coup il a eu tous les bilans au CHU. »

Pour la question d'une hospitalisation d'un détenu présentant un PEP au SMPR dans la phase initiale de la prise en charge, il semblerait que seuls les psychiatres exerçant dans un établissement pénitentiaire avec un SMPR en leur sein l'envisagent comme possible, soit dans l'attente d'une place en hospitalisation complète car « c'est juste un mouvement pénitentiaire, donc ça permet parfois une prise en charge plus rapide, c'est juste de l'administratif » selon le répondant X, soit plus rarement pour toute la durée de la prise en charge aigue. Ces répondants indiquent tout de même que ce n'est pas le lieu le plus adapté pour cette prise en charge, que ce n'est pas leur place et que l'accueil au SMPR, qui se fait en soins libres, n'est pas possible si les symptômes sont trop bruyants.

Pour les psychiatres exerçant dans les autres établissements, soit l'hospitalisation au SMPR n'est même pas envisagée, soit elle est considérée comme inadaptée pour la prise en charge d'un PEP car la surveillance soignante n'y est possible que sur les horaires de journée.

M3 : « Soit l'EPSM, ici, soit à l'UHSA. Bon le SMPR je mets de côté, on ne va pas envoyer en hôpital de jour une personne en épisode psychotique bref. »*

* Etablissement public de santé mentale

En revanche, un passage par le SMPR peut être envisagé dans les suites d'une hospitalisation complète à l'UHSA ou sur secteur pour consolider les soins et vérifier l'autonomie et l'observance du patient avant son retour en détention. En effet, après une hospitalisation longue qui peut avoir duré plusieurs mois, il peut s'agir d'une alternative intéressante pour travailler le retour en détention plus progressivement.

Au retour en détention après une hospitalisation pour un PEP, tous les répondants indiquent la reprise au minimum du suivi ambulatoire habituel, avec parfois un renforcement de ce suivi en fonction de l'état clinique et des préconisations du service d'hospitalisation, toujours en fonction de la disponibilité de psychiatres et de soignants.

Le délai de réévaluation par le psychiatre après un retour d'hospitalisation varie selon les établissements, certains estiment qu'il est nécessaire de le voir rapidement, c'est-à-dire le jour même ou le lendemain, d'autres qu'il est possible d'attendre quelques semaines pour pouvoir évaluer la réadaptation en détention.

Le retour en établissement pénitentiaire après une hospitalisation est dans tous les cas considéré comme un moment sensible du parcours de soins car il peut précipiter une nouvelle décompensation psychotique ou un geste suicidaire, notamment en cas de rupture thérapeutique à ce moment-là.

M4 : « Après bon parfois il y a des couacs. Qui peuvent poser de gros problèmes, quelqu'un qui va être oublié entre parenthèses 48h, ça va être dramatique. Quelqu'un qui a l'habitude d'avoir un traitement à l'UHSA délivré en 3 prises voire plus, qui se retrouve sans rien, ça peut être la source d'une cascade, voire de passage à l'acte auto agressif. »

En association avec le suivi psychiatrique et infirmier, certaines unités sanitaires proposent pour la suite de la prise en charge des soins de remédiation cognitive et de réhabilitation psychosociale à travers des consultations dédiées ou des ateliers thérapeutiques au CATTP. Mais pour la plupart des répondants, ces soins semblent très limités en détention au vu du manque de personnel formé, de moyens techniques et de temps dédié, avec tout de même des initiatives qui peuvent être prises pour tenter de mettre en place des soins de ce type.

M5 : « On essaie, alors c'est un peu du colmatage comme on peut, mais on essaie de mettre dans ces cas là les patients en soins à médiations, pour qu'au moins ils aient une stimulation du groupe, de l'échange, de la relation interpersonnelle. On a un groupe de soutien où c'est plein de petits médias différents, alors c'est pas de la réhab, c'est pas de la remédiation, mais voilà on se dit que c'est quand même mieux que rien. »

2.1.4 Facteurs de risque spécifiques au milieu carcéral

Les psychiatres interrogés identifient des facteurs de risque de premier épisode psychotique spécifiques au milieu carcéral, qui sont des facteurs de stress supplémentaires par rapport à ceux pouvant être rencontrés en milieu extérieur.

L'incarcération en elle-même est déjà un facteur de risque supplémentaire, surtout en cas de primo-incarcération, car elle correspond à l'arrivée dans un nouvel environnement très anxiogène qui peut favoriser ou aggraver des symptômes de décompensation psychotique.

M5 : « je pense que l'environnement pénitentiaire influence forcément la clinique, puisque c'est un environnement qui est hostile, qui est anxiogène. Etre incarcéré ça ne rend pas en bonne santé, déjà quelqu'un qui n'a pas d'antécédent, ou qui n'a pas de facteur de vulnérabilité ou de trouble, donc quelqu'un qui est dans une première décompensation, ça va catalyser cette décompensation, ça va la faire flamber, donc je pense que sur le plan clinique ça a aussi une modif »

La promiscuité, le nombre de détenus par cellule et les tensions possibles avec eux sont également des facteurs de stress supplémentaires.

M6 : « Et puis après c'est ce qui est lié aux conditions de détention aussi, c'est que c'est souvent des cellules qui sont doubles, très très très souvent. Il y a quand même des facteurs de décompensation qui sont ... alors, déjà il y a la promiscuité du co détenu, il y a le regard du co détenu, [...] il y a celui qui va inciter à arrêter [le traitement], ou qui va vouloir le soigner

avec des toxiques, avec du cannabis, avec des choses plus naturelles, ou qui va lui piquer son traitement aussi pour se sédaté, ça ça arrive aussi. »

Au contraire, l'isolement social à la suite d'un placement au QD ou au QI peut aussi favoriser une décompensation psychotique et est à prendre en compte dans l'évaluation.

Les répondants évoquent également des facteurs de risque de PEP qui ne sont pas directement liés à la détention mais qui sont plus souvent représentés en population carcérale qu'en population générale, comme la précarité socio-économique ou les troubles addictologiques.

En détention, la régulation de l'usage de toxiques est quasi inexistante selon plusieurs des répondants, et les détenus ont très facilement accès à toute sorte de produits stupéfiants, venus de l'extérieur ou issus d'un trafic interne de traitements, ce qui est à la fois un facteur de risque de décompensation psychotique et d'inefficacité de la prise en charge.

M3 : « L'absence à mon sens de régulation des stupéfiants en détention, où c'est quand même n'importe quoi, c'est-à-dire que vous trouvez bien plus facilement en détention n'importe quel produit qu'en population générale. Quand on n'a rien d'autre à faire que ça, et qu'on a envie que le temps passe moins lentement, chez des personnes avec des fragilités, ou un état psychique à risque, clairement c'est catastrophique. Là on n'a pas la main dessus. »

2.1.5 Difficultés de repérage

En addition de ces facteurs de risque, l'évolution d'un PEP en détention est également marquée par des difficultés de repérage qui peuvent être plus importantes qu'en milieu extérieur.

En effet, les répondants expliquent que contrairement à l'extérieur, les troubles ne sont pas identifiés et signalés par les proches et le patient a plutôt tendance à ne pas se manifester de lui-même.

En détention, les troubles sont plutôt signalés par les agents pénitentiaires, mais certains patients peuvent passer inaperçus s'ils ne présentent pas de symptômes bruyants ou dérangeants, ce qui peut fortement retarder la prise en charge et être délétère pour le pronostic du patient.

Même avec l'évaluation « arrivant » systématique ou avec un suivi à l'unité sanitaire, des patients psychotiques ou à risque de décompensation psychotique peuvent échapper au repérage s'ils parviennent à masquer leurs troubles, et le manque d'observation possible au quotidien ne permet pas de les repérer à d'autres moments.

M2 : « le psycho n'avait pas vu, qui suivait le patient régulièrement, parce qu'en fait c'était sur un truc un peu parano en secteur, et du coup le psycho était dedans, donc il tenait super bien le truc avec le psycho, et par contre avec le codétenu ça flambait, et c'est lui qui nous a dit "je rentrais plus dans ma cellule, je restais dans le couloir, j'avais peur" »

Plusieurs psychiatres interrogés estiment donc que si des patients ont été repérés si tardivement, c'est sûrement que certains cas passent totalement inaperçus et ne sont

jamais identifiés en détention, notamment s'il s'agit de peines courtes en maison d'arrêt.

M2 : « S'il y en a qu'on repère comme ça au QD, c'est qu'il y en a dans la détention, sur des peines courtes, puisque c'est une maison d'arrêt, il y en a qu'on ne repère pas. »

2.2 Parcours de soins d'un détenu présentant un PEP

2.2.1 Etat des lieux

La [Figure 4](#) ci-dessous résume l'état des lieux des différentes étapes possibles du parcours de soins d'un détenu présentant un premier épisode psychotique rapportées par les répondants.

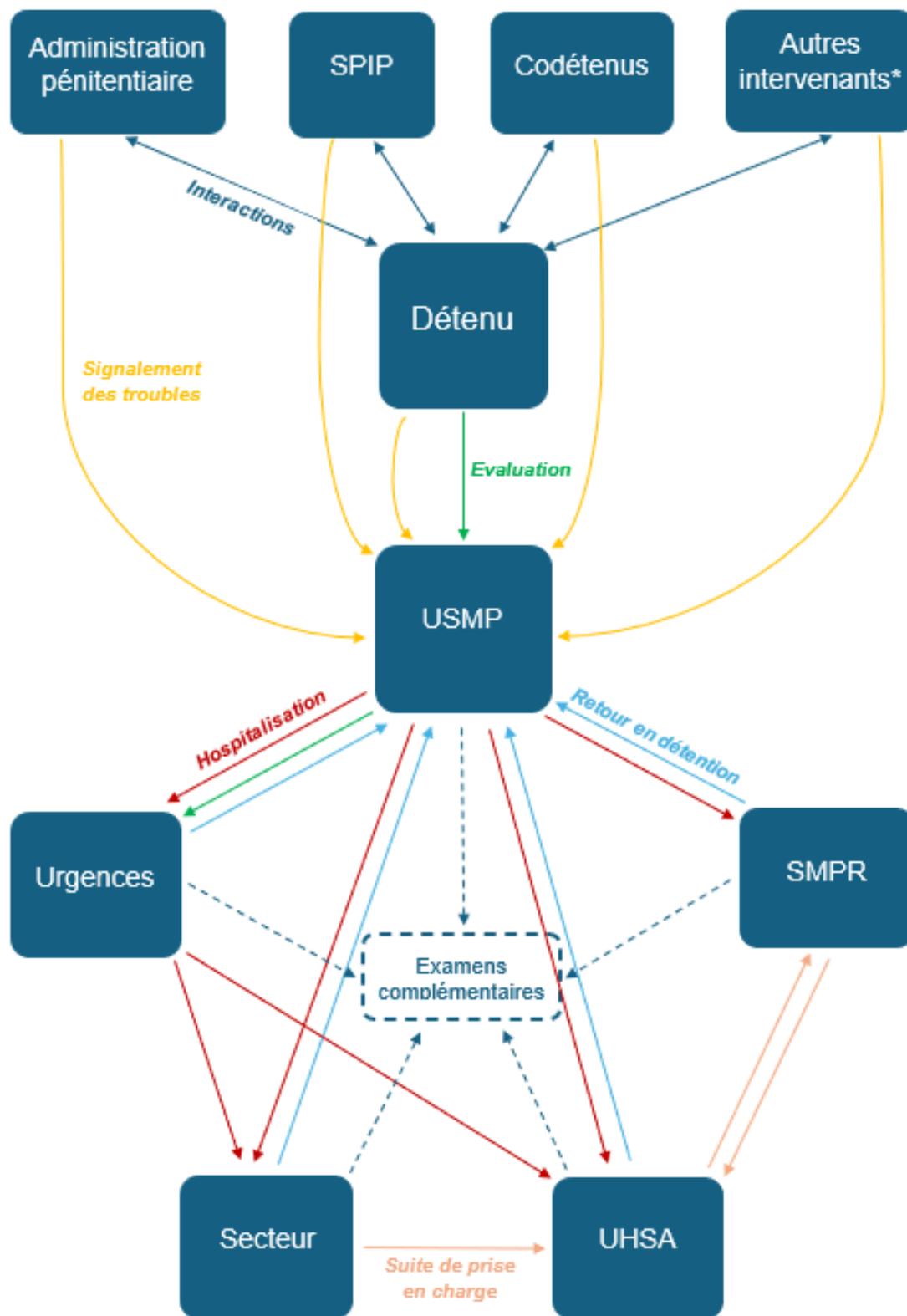


Figure 4 : Etat des lieux du parcours de soins d'un détenu présentant un premier épisode psychotique

* Magistrat, avocat, éducateur, visiteur de prison, famille, expert psychiatre, etc.

2.2.2 Problématiques dans le parcours de soins

La plupart des répondants décrit un manque de fluidité dans le parcours de soins, avec des possibles ruptures de suivi à différentes étapes, sous-tendues par un manque de communication.

En effet, comme déjà évoqué plus haut, au moment de l'incarcération il n'y a souvent pas de transmission d'informations sur un éventuel suivi antérieur en dehors de ce que rapporte le patient lui-même, ce qui peut amener à une rupture des soins initiés précédemment.

Ensuite, c'est aussi au moment du retour en détention après une hospitalisation que l'information peut se perdre. Plusieurs répondants déclarent en effet ne pas être informés systématiquement du retour d'un patient dans l'établissement pénitentiaire, ce qui peut poser problème pour la prescription du traitement et la reprise du suivi.

Les soignants sont régulièrement informés du retour en détention par l'administration pénitentiaire ou par la réception de l'arrêté préfectoral de levée de SDRE plutôt que par le service qui a reçu le patient. Cela permet au moins de savoir que le patient est de retour, mais ne donne aucune information sur l'évolution clinique et la conduite à tenir pour la suite de la prise en charge.

Les psychiatres interrogés soulignent surtout le caractère aléatoire de la transmission d'informations après une hospitalisation, avec une variation selon les secteurs de psychiatrie mais aussi selon les périodes, y compris pour l'UHSA. Le circuit classique implique la réception au minimum du traitement et d'un courrier succinct le jour du retour en détention ou les jours qui précèdent, avant la réception d'un courrier plus détaillé qui peut, lui, arriver beaucoup plus tard. Mais ces informations ne sont pas

toujours transmises à temps ou peuvent être transmises par de mauvais moyens, par exemple si le courrier est remis directement au patient, il peut se passer plusieurs jours avant qu'il n'arrive à l'unité sanitaire du fait de l'organisation du transport de courrier au sein de l'établissement pénitentiaire.

Les soignants doivent donc souvent pallier cette problématique en appelant le service d'hospitalisation pour obtenir les informations nécessaires. Le manque ou le retard d'information avec la nécessité d'être proactif pour les obtenir est perçu par certains comme une problématique importante.

M5 : « donc on n'a pas tout de suite toutes les informations, et dans ce cas là il faut souvent aller chercher l'information. Ce qui est un peu un écueil. »

L'importance de ces problématiques de communication est plus nuancée dans les établissements où l'unité sanitaire dépend du secteur de psychiatrie où est hospitalisé le patient, les soignants utilisant le même logiciel pour le dossier informatique du patient, ils ont un accès direct à toutes les transmissions pendant l'hospitalisation.

Certains répondants soulignent aussi que la communication est plus efficace avec certains secteurs s'ils ont une population carcérale importante et donc une plus grande habitude de travailler avec l'unité sanitaire.

M3 : « Alors le retour en détention, c'est au petit bonheur la chance, ça dépend des équipes avec lesquelles on travaille, il y a des secteurs qui ont une population sectorielle qui est très pourvue de personnes détenues, comme par exemple le secteur de [xxx], avec lequel on travaille très bien

parce qu'ils ont une forme d'habitude et ils sont coutumiers de travailler avec ce genre de personnes, auquel cas ça se vérifie bien dans les liens puisqu'il y a du lien justement. »

Le manque global de fluidité et de coordination du parcours de soins est résumé par un des répondants :

M5 : « Moi je pense que ce qu'on pourrait souligner, c'est un problème dans la fluidité du parcours de soins. Il y a énormément de perte d'information. Souvent c'est des jeunes qui ont même parfois été repérés en amont, qui sont incarcérés parce que malheureusement il y a un passage à l'acte, parfois en fait on se rend compte qu'il y a eu des premières accroches, mais on n'a aucune info, et puis nous il arrive, on lance des choses, il peut être transféré, hospitalisé, en fait il y a à nouveau une perte d'information, il revient. Enfin il y a beaucoup de ruptures, je pense qu'il manque quand même de la coordination dans ce parcours, et résultat, ce sont des patients qui rapidement se retrouvent dans des prises en charge hyper éclatées, alors que l'objectif ce serait de leur proposer quelque chose d'assez solide. Ça c'est un premier frein vraiment je trouve, la fluidité du parcours. »

Une autre problématique identifiée dans le parcours de soins d'un patient présentant un premier épisode psychotique en détention est l'importance des délais d'attente pour

accéder à des examens complémentaires ou à une hospitalisation, qui sont dépendants des lieux d'accueil et des plateformes d'examen comme en milieu extérieur mais aussi de la nécessité d'avoir une escorte pénitentiaire pour le transport du détenu. En effet, les répondants rapportent un manque de disponibilité de ces escortes qui, associé au manque de places d'hospitalisation et d'examens, peut occasionner des retards importants de prise en charge, voire des annulations dans le cas des examens complémentaires.

M8 : « Après tous les examens qui sont en dehors de la détention, c'est compliqué parce que c'est au bon vouloir de la pénitentiaire, donc ça peut s'annuler, pas forcément parce qu'ils ont envie ou pas, mais peut-être qu'à ce moment-là il y a 15 personnes à faire sortir en urgence, et ben du coup le rendez-vous programmé ce n'est pas une urgence. »

A noter que pour l'UHSA, certains répondants pensent que ce problème est moindre car ils bénéficient de leurs propres escortes pour le déplacement des patients.

Enfin, dans certains établissements pénitentiaires, le parcours de soins du patient est impacté par le manque de moyens humains et techniques des unités sanitaires.

Le manque de psychiatre et de personnel soignant en détention peut occasionner des retards de prise en charge voire des ruptures de suivi, point soulevé par plusieurs répondants comme fortement préjudiciable pour le patient mais aussi comme mettant les soignants en difficulté.

M9 : « Le risque qu'il pourrait y avoir quand il y a une instabilité médicale, c'est qu'il n'y ait pas de suite. Et que les patients passent à la trappe. On a une période précédente où une collègue était sur le départ, une autre collègue en arrêt, et enfin une 3e qui était sur le point de partir, donc là pour le coup on voit que quand on finit par être désorganisé, on ne peut gérer que qui demande, qui semble urgent, le même patient est vu par 3 personnes différentes sur 3 mois, on part au plus pressé, et au final ça crée des situations ... on sent quoi, la pression qui monte, les gens qui vont moins bien, qui comprennent moins dans quelle direction on veut aller. Pour l'équipe c'est aussi très compliqué. Et dans ces cas-là, il y a pu y avoir des retours de l'UHSA qui ont pu ne jamais être revus ensuite. »

Ce manque de personnel soignant peut aussi occasionner une réduction de l'offre de soins disponibles, avec par exemple un arrêt du CATTP qui propose normalement des soins de réhabilitation.

Au manque de personnel s'ajoute un problème de locaux alloués aux soins, qui sont insuffisants et parfois inadaptés, limitant l'offre de soins de l'unité sanitaire. Des répondants indiquent en effet que même s'ils le voulaient ils ne pourraient pas recevoir plus de patients et que les locaux ne permettraient pas non plus d'accueillir les praticiens supplémentaires qui seraient nécessaires pour avoir une offre de soins correcte.

M9 : « on peut voir les gens ailleurs, mais on est ailleurs, on est dans les box entre les quartiers, mais bon ... je ne sais pas si vous imaginez, mais

ça hurle dans tous les sens, ça va dans tous les sens, c'est dans des box vitrés donc ... »

2.2.3 Perspectives

Plusieurs répondants évoquent la nécessité d'améliorer la fluidité et la coordination du parcours de soins des personnes détenues d'une manière générale, en améliorant la communication entre les unités sanitaires et les soignants extérieurs mais aussi avec l'administration pénitentiaire et l'ARS. Ils avancent l'espoir qu'avec une meilleure connaissance mutuelle des différentes structures de soins et intervenants en milieu pénitentiaire, la communication serait plus aisée et plus volontaire, avec en fin de chaîne un effet positif pour la prise en charge du patient.

M2 : « il faut qu'on aille les rencontrer, qu'on leur dise un peu comment on travaille. Mais tu vois même le fait de te faire venir ici, je pense qu'il y a moyen en acceptant des choses comme ça, en se connaissant un peu tous .. Moi j'ai bon espoir, qu'on se connaisse de plus en plus et que du coup on bosse de plus en plus ensemble, en bonne intelligence. [...] Si nous on n'est pas dans le rejet du collègue, on est moins dans le rejet du patient qui arrive. »

Des initiatives régionales mais aussi locales sont rapportées, avec par exemple un groupe de travail de l'ARS sur la prise en charge des détenus sur secteur, la création du dispositif Diligens qui a pour but d'aider à l'orientation des patients quand il y a un doute sur une indication d'hospitalisation à l'UHSA, ou simplement la rencontre par un

psychiatre exerçant en détention des soignants des secteurs alentours pour présenter son travail et les possibilités de coopération.

M2 : « C'est l'administration de l'EPSM qui m'a envoyé un truc comme quoi il y avait Diligens [...]. Après, c'est ce que j'avais dit la dernière fois quand on avait été visiter l'UHSA, je pense que nous ça roule à peu près et qu'on est capables de gérer nos propres indications à la base. Je ne vais pas avoir besoin de l'expertise de quelqu'un qui va me dire « ça c'est plutôt niveau 2, niveau 3 », je pense qu'on est bons. Pour autant on peut quand même être dans le projet ! »

M1 : « Je sais que [xxx] à EP5 a réussi à faire un petit tour de visite des secteurs de sa région, et à créer un peu plus de lien, mais ils sont moins nombreux »

On sent que, même si ces initiatives ne sont pas unanimement jugées nécessaires comme pour le dispositif Diligens ou faisables comme pour la visite aux secteurs de la région, elles suscitent de l'enthousiasme de la part des répondants et de l'optimisme quant à une amélioration de la communication et donc de la prise en soins des patients détenus dans le futur.

M2 : « Mais oui j'ai l'impression qu'on peut quand même faire un réseau de psychiatrie en milieu pénitentiaire, qui inclurait les recommandations de prise en charge d'un premier épisode psychotique, ce serait pas mal quoi. Donc voilà, ça j'ai bon espoir là-dessus. »

A noter également que certains répondants sont plutôt satisfaits de l'organisation des soins avec un parcours qui, même s'il présente des temps d'attente parfois jugés trop longs, est bien identifié et facilement applicable pour les soignants.

M8 : « Et donc qu'est-ce qui fonctionne ... après globalement je trouve que les parcours sont assez bien identifiés, c'est assez facile de se dire où est ce qu'on l'hospitalise, s'il n'est pas hospitalisé là où est ce qu'il va ... c'est un tableau, c'est un arbre décisionnel, on suit juste l'arbre. Il y a des endroits où on doit attendre parce qu'on est à un carrefour où ce n'est pas nous qui décidons, donc on doit attendre de voir ce qu'on fait. Mais c'est assez clair. Je trouve que c'est assez fluide moi. »

A propos de la prise en charge du premier épisode psychotique plus particulièrement, des idées sont également proposées par certains psychiatres. Sur le modèle du dispositif PPPEP48 mis en place en milieu extérieur, une répondante propose de créer un poste de *case manager* pour le milieu carcéral, pas forcément dans chaque établissement car le nombre de PEP en détention reste faible, mais pourquoi pas au niveau régional, afin d'avoir une personne qui suive le patient au long cours et coordonne son parcours de soins global.

M5 : « Ce serait intéressant, je pense qu'il y a un travail de réseau plus efficace, qu'on ait peut-être ... parce que je sais que ça se fait sur l'extérieur, avec le PEP 48, tout de suite les case managers qui viennent un peu coordonner le parcours, suivre un peu la personne, ça ça manque concrètement.

Après j'entends que je n'ai pas les chiffres, je n'ai pas la prévalence des premiers épisodes psychotiques en détention, finalement c'est peut-être une niche, et donc c'est peut-être pas possible de mettre les moyens sur cette population là, mais oui je pense que mieux travailler en réseau, pouvoir rapidement faire entrer ces patients dans un parcours de soins qui sera continu. »

Cette répondante va plus loin en indiquant la nécessité d'intégrer les soins en milieu carcéral dans le parcours global de soins sur secteur psychiatrique, afin d'éviter au maximum les ruptures de soins car même en étant détenu, le patient a l'occasion d'avoir des contacts avec le secteur de psychiatrie à plusieurs étapes de son parcours. Et si le suivi est coordonné dans ce sens dès le début, il aura plus de chances d'adhérer à une poursuite des soins sur le secteur à la sortie de détention.

M5 : « je pense que c'est intéressant de travailler avec, enfin de ne pas faire encore de truc spécifique au milieu pénitentiaire, parce que c'est le meilleur moyen pour que finalement la médecine en milieu pénitentiaire devienne un truc complètement à part, que la psychiatrie en milieu pénitentiaire soit complètement désolidarisée de la prise en charge secteur. Alors que c'est des jeunes qui souvent ont eu des contacts, même très ponctuels, mais on s'en rend compte, ont eu des antécédents de contact avec le secteur, vont sortir pour reprendre une prise en charge secteur, au cours de l'incarcération vont peut-être avoir des contacts secteur avec des hospitalisations, donc si on commence à créer un truc spécifique, on va le

sortir en fait du secteur, et c'est le meilleur moyen pour qu'il y ait une rupture à la sortie en fait. »

Le fer de lance de la fluidification du parcours de soins d'un détenu présentant un PEP semble donc être l'amélioration de la communication entre les différents intervenants et l'intégration des soins en milieu carcéral aux soins des secteurs psychiatriques.

Pour optimiser le repérage et la prise en charge des détenus présentant un PEP, des répondants soulignent également l'intérêt de la formation des soignants de l'unité sanitaire sur ce sujet. Certains disent que tous les soignants sont déjà censés l'être, mais d'autres estiment qu'il y a une nécessité de proposer plus de formations pour être plus efficaces.

M2 : « Après, la formation, ce serait bien qu'on soit plus formés, je pense que ce soit plus clair dans la tête des praticiens, ça ce serait quand même pas mal. Moi j'ai pas de truc précis, tu vois mes souvenirs c'est l'internat, j'ai pas un truc de standardisé PEP, donc c'est vrai que je pense que ça ne nous ferait pas de mal d'avoir des piqures de rappel sur ça ! »

D'autres idées pour faciliter et accélérer le parcours du patient ont été rapportées par des répondants, avec par exemple l'idée d'avoir un lieu dédié à la surveillance d'un patient aux urgences en attendant une hospitalisation ou l'idée qu'un détenu puisse se rendre à des examens complémentaires avec un accompagnement soignant mais

pas forcément d'escorte pénitentiaire. Ces idées semblent cependant compliquées à mettre en place d'un point de vue réglementaire et organisationnel.

M8 : « Donc peut-être d'avoir des choses plus spécifiques ... ou peut-être qu'il faudrait que ce ne soit pas la pénitentiaire qui accompagne, mais en même temps c'est un détenu donc c'est un peu compliqué de ne pas les mettre dedans, en termes de responsabilités. »

Enfin, un des répondants souligne la nécessité de recruter des psychiatres mais aussi d'autres soignants comme des neuropsychologues pour améliorer et diversifier l'offre de soins en détention.

M3 : « Recruter des psychiatres, je pense qu'il y a plein de choses qu'on pourrait faire en pseudo ambulatoire entre guillemets si on était plus nombreux. C'est pas avec 2 jours par semaine à EP X et 1 jour par semaine à EP Y que je peux faire ce que je veux dans le cadre du suivi, de l'alliance thérapeutique. »

M3 : « Et enfin dernière chose, mais là je pense que le psychiatre que je suis rêve en couleurs dans sa tête, je rêve de recruter un ou une neuropsychologue ! ça fait 3 ans qu'on cherche à recruter, ça fait 3 ans qu'on attend. »

Ce répondant estime que ce manque de personnel soignant mais aussi de toutes les professions touchant au milieu carcéral est le résultat de politiques nationales, et donc qu'il faudrait des modifications de celles-ci pour améliorer la situation.

M3 : « En effet, je pense qu'il n'y a pas de cohérence, parce qu'il y a quand même un point commun total entre le soin, le SPIP, le judiciaire, et l'administration pénitentiaire, c'est qu'on a le même Etat, le même employeur, l'Etat, et qu'il y a des difficultés, pour dire ça dans le jargon des administratifs, de gestion des ressources humaines non négligeables et significatives. »

2.3 Enjeux de l'accès aux soins

Dans cette partie, nous explorerons les différents enjeux identifiés par les répondants qui gravitent autour de la question de l'accès aux soins, en tentant d'identifier leurs causes et leurs conséquences, positives ou négatives, aux différentes étapes du parcours de soins de la personne détenue présentant un premier épisode psychotique.

2.3.1 Avant l'incarcération

2.3.1.1 Evaluation et expertise en garde à vue

Certains répondants soulignent qu'il y a un manque important d'experts psychiatres faisant des évaluations au moment de la garde à vue dans la région et qu'il serait nécessaire de renforcer ce dispositif pour mieux orienter les personnes présentant un trouble psychiatrique et notamment un premier épisode psychotique en garde à vue,

qui pourraient nécessiter des soins immédiats et être dirigés vers un établissement de soins avant l'éventuelle incarcération.

Ils indiquent également que ces expertises rapides en garde à vue sont plutôt réservées aux cas médiatisés car il y aurait une pression pour avoir un jugement rapide et la prononciation d'une peine dans ces cas-là, et ce même si un trouble psychiatrique est identifié. Alors que pour les autres situations, le parcours judiciaire peut être beaucoup plus long et la personne peut être incarcérée et attendre longuement son évaluation.

M4 : « là on a un type qui manifestement correspond à un PEP, qui a déliré sur Macron, ben aussitôt c'est jugement, alors que ce type il produit des écrits, il tient des discours qui sont complètement fous, complètement délirants. Mais voilà, comme ça touchait au président, c'est un peu médiatisé là où ça s'est passé, c'est aussitôt jugement, et puis il faut une peine. »

2.3.1.2 Incarcérations inappropriées

Ce manque d'évaluation psychiatrique au stade précoce du parcours judiciaire entraîne donc des incarcérations qui sont inappropriées pour certains des répondants, qui estiment que ces personnes relèvent plutôt d'une prise en charge médicale en hospitalisation.

M3 : « Enfin il y a un moment donné, je ne comprends pas, il y a des personnes où on ne comprend pas qu'il n'y ait pas d'expertise psychiatrique. J'ai notamment en mémoire une dame que vous avez peut-

être presque connue (à l'UHSA), qui nous est revenue le 13 novembre dernier, cérébralisée, avec d'énormes passages à l'acte au sein de vos unités, en soins libres. Bon c'est pas l'épisode psychotique bref, mais qu'est-ce qu'elle fout en prison ? »

Ils soulignent également un effet décrit comme pervers du développement des soins en milieu carcéral, qui donnerait à certains magistrats l'idée que les personnes seront plus rapidement prises en charge en détention qu'en milieu extérieur. Ces juges prononceraient donc des condamnations en ayant conscience du trouble mental présenté par l'accusé.

M4 : « Alors que maintenant, les soins en milieu pénitentiaire se sont tellement développés, que beaucoup de magistrats pensent que c'est bien d'envoyer en prison, parce qu'ils vont être vus très rapidement, parce qu'ils auront des soins très rapidement.

Donc les magistrats ne sont pas aveugles hein, ils voient que la personne décroche complètement et qu'il se passe un truc, mais là à ce jour, les SMPR c'est 1986, ben c'est l'effet un peu pervers quoi. C'est mettez-le en prison, il aura des soins beaucoup plus rapides que sur le secteur. »

2.3.2 En détention

2.3.2.1 Accès aux examens complémentaires

La question de l'accès aux examens complémentaires est un enjeu important dans le parcours de soins d'un détenu présentant un PEP car la possibilité de poser un diagnostic en dépend, et donc celle de mettre en place une prise en charge adaptée.

Certains répondants estiment que cet accès est plutôt satisfaisant depuis la détention, avec l'accès à certains examens sur place comme le bilan sanguin et l'ECG et un accès rapide à des examens comme l'IRM cérébrale sur l'extérieur, aux urgences en cas de nécessité d'extraction rapide pour des éléments bruyants mais aussi en rendez-vous externe.

D'autres répondants, plus nombreux, estiment plutôt que l'accès aux examens complémentaires nécessaires pour le diagnostic d'un PEP est très insuffisant, avec en cause des délais importants pour obtenir un rendez-vous sur l'extérieur, encore augmentés par les problèmes liés aux escortes pénitentiaires qui limitent les possibilités et peuvent faire annuler des examens programmés.

M3 : « Différentes difficultés : les délais d'attente sont de base longs pour les personnes détenues, et quand bien même on aurait enfin le Graal d'avoir un rendez-vous en radiologie, je ne parle même pas d'IRM cérébrale hein, pour un scanner cérébral, on a des risques que faute d'escorte pénitentiaire, le rendez-vous soit annulé au dernier moment. »

Un des répondants indique donc que bien souvent, il n'est pas possible de suivre toutes les recommandations de la HAS pour la prise en charge d'un PEP et que celle-

ci est adaptée aux moyens disponibles en détention, ce qui peut être préjudiciable pour le patient.

Certains psychiatres indiquent même ne pas faire de demande d'examens complémentaires depuis la détention, estimant qu'il sera plus rapide d'hospitaliser le patient et de réaliser les examens depuis le site d'hospitalisation, un délai d'attente trop grand en détention représentant une perte de temps et de chance pour le patient.

M4 : « On ne les fait pas, parce qu'on oriente tout de suite. Tu vois, la place de quelqu'un qui fait un PEP, c'est pas la peine, on va perdre du temps. L'idée c'est de l'orienter tout de suite, parce que les facteurs d'incarcération sont tellement aggravants déjà sur le premier épisode, tout de suite la place elle est dégagée. »

Un autre élément mis en avant par plusieurs répondants est le manque d'intégration des détenus dans les réseaux d'examens complémentaires développés en milieu extérieur pour les soins psychiatriques. En effet, dans différents centres de la région ont été mis en place des créneaux d'IRM cérébrale spécifiques pour les troubles psychiatriques et notamment pour le premier épisode psychotique, permettant un accès rapide à l'examen. Cependant, ces créneaux ne sont pas forcément accessibles depuis la détention. Certains répondants indiquent que les patients détenus ne sont tout simplement pas intégrés dans le réseau, d'autres qu'ils pourraient l'être mais que les créneaux horaires proposés ne sont pas compatibles avec la contrainte des escortes pénitentiaires.

M5 : « Alors ce qui est intéressant, c'est que c'est un centre repéré PEP, mais nous, je ne sais pas pourquoi, ils passent pas en convention, en parcours PEP. Donc en fait c'est une IRM cérébrale, c'est une demande classique hors parcours, ça il faut qu'on retravaille dessus. »

Cette problématique est également un enjeu de santé publique car ces réseaux jouent aussi un rôle de recueil épidémiologique de données sur le premier épisode psychotique, mais les patients détenus ne sont donc pas pris en compte.

M5 : « ce qui est dommage c'est que ça ne rentre pas dans le bon standardisé PEP, et donc je pense que c'est dommage pour le recueil de données. »

2.3.2.2 Délai de prise en charge

Quand des symptômes pouvant correspondre à un premier épisode psychotique sont repérés chez un détenu, le délai avant l'évaluation psychiatrique est un enjeu important de la prise en charge. Tous les répondants estiment que la première consultation est rapide après le repérage des troubles mais cette notion de rapidité varie entre eux. En effet, certains expliquent rencontrer le patient le jour même du signalement des troubles, d'autres disent pouvoir faire l'évaluation dans les jours ou semaines qui suivent.

M2 : « Le jour même. Nous on n'était pas du tout aussi pleins en terme de médecins il y a 1 an, mais du coup là on est 3 psychiatres et 2 internes,

donc il y a tout le temps quelqu'un. Il est vu dans les 2h s'il y a un truc qui est repéré, il n'y a pas de délai. »

M10 : « moi j'intervenais ½ journée par semaine, et l'autre psychiatre c'était sur 2 jours et ½ je pense, 2 jours ou 2 jours ½ par semaine, et du coup il pouvait être vu dans la semaine ou la semaine suivante. »

On constate que cette variabilité dans les délais de consultation semble dépendre du nombre de psychiatre exerçant dans l'établissement, 6 répondants sur les 10 indiquant en effet qu'il n'y a pas de psychiatre présent tous les jours au sein de l'établissement pénitentiaire où ils exercent. Ils rappellent qu'en cas de présentation inquiétante et d'absence de psychiatre disponible, l'unité sanitaire peut avoir recours à une extraction aux urgences pour l'évaluation.

Ce manque d'effectif entraîne aussi des délais plus ou moins conséquents entre les consultations pendant le suivi qui se met en place. Cependant, ces propos sont nuancés par des répondants qui estiment que ce délai reste inférieur à celui qui peut être observé en milieu extérieur sur un centre médico-psychologique (CMP).

M8 : « Et après, le suivi c'est comme un suivi CMP en fait. Un peu plus rapproché, ici [au CMP] on a 3-4 mois entre chaque rendez-vous, là-bas [en détention] on arrive à les voir tous les mois s'il faut, tous les mois ou tous les 2 mois. »

Dans certains établissements, la présence d'un infirmier en pratique avancée (IPA) peut aider à la réduction de ces délais de consultation, l'IPA pouvant participer au

renouvellement de traitements nécessitant une surveillance comme les antipsychotiques ou pouvant faire des évaluations d'urgence en cas d'absence de psychiatre. Les répondants concernés semblent satisfaits de cet appui, même s'il peut parfois dépasser le cadre théorique de leurs compétences.

M3 : « parfois entre les deux on peut avoir le concours d'une de nos collègues IPA, en qui j'ai une grande confiance, mais ça c'est quand même hors cadre, théoriquement c'est pour la consultation psychiatrique. »

En plus des consultations, ce sont les hospitalisations qui peuvent présenter un délai d'attente. De même, tous les répondants l'estiment comme plutôt long, mais cette estimation varie entre eux, allant de toujours moins de 24h à plusieurs semaines voire mois.

M4 : « Alors quand malheureusement il y a un temps d'attente, il est de toute façon de moins de 24h. »

M9 : « on peut demander une hospitalisation et ça prendra plusieurs semaines voir 1 ou 2 mois pour aboutir, mais on peut le voir en attendant et c'est gérable. »

Ce délai est expliqué par le manque de places d'hospitalisation et le manque d'escortes pénitentiaires pour les transferts. Dans l'attente, l'enjeu est donc de pouvoir adapter la prise en charge en ambulatoire pour initier les soins le plus vite possible, tout en garantissant la sécurité du détenu et des personnes autour de lui.

Il faut garder en tête que les soins ambulatoires en détention se font forcément sous la modalité de soins libres, il ne peut donc pas y avoir de mesure contraignante aux soins, ce qui peut poser problème quand le patient refuse les soins et qu'on est dans l'attente d'une place d'hospitalisation.

M1 : « Ben ... c'est la galère. Nous on peut les revoir régulièrement, on peut essayer de mettre en place le maximum de traitements qu'eux ils acceptent, mais encore faut-il qu'ils acceptent des traitements, parce que ça ce n'est pas le cas tout le temps. »

2.3.2.3 Adaptabilité de la prise en charge ambulatoire

Les répondants rapportent plusieurs adaptations possibles à la prise en charge en ambulatoire, soit en attendant une hospitalisation, soit pour l'ensemble des soins si le patient y adhère et que l'état clinique le permet.

Tout d'abord, si un patient est repéré comme à risque de décompensation psychotique ou présente un premier épisode psychotique avec des symptômes modérés, les soignants vont rapprocher leurs réévaluations, en allant si besoin voir le patient en cellule entre deux consultations.

M6 : « Soit c'est des symptômes qui sont un peu moins bruyants, et c'est des patients qu'on peut aller réévaluer rapidement dans le cadre des consultations d'urgence, et on va se déplacer en bâtiment pour aller les voir. Parfois ils acceptent les rendez-vous, ils viennent, mais ça prend un peu plus de temps, donc c'est quand même des patients qu'on va aller

réévaluer quand on les repère, quand il n'y a pas encore une indication d'hospitalisation sans consentement. »

Certains répondants précisent que la notion de soins libres en milieu pénitentiaire est vraiment un enjeu important, nécessitant un travail d'alliance thérapeutique pour faire adhérer le patient aux soins, ce qui devient difficile quand le psychiatre manque de temps disponible pour rencontrer le patient. Ces répondants expriment donc une certaine frustration à ce sujet, ne pouvant pas toujours exercer leur métier comme ils le souhaiteraient du fait des conditions de travail en détention.

M3 : « Et le droit du patient de refuser de prendre des traitements en détention, qui est, je ne dirais pas une difficulté, je dirais une source de défi supplémentaire, mais dans un contexte de pénurie médicale psychiatrique telle qu'on la connaît, eh bien parfois le talent on n'a pas le temps de le prendre, de le laisser s'exprimer, et du coup d'un défi ça passe à une difficulté. »

Une autre adaptation de la prise en charge peut se faire au niveau de la délivrance du traitement. Habituellement, celle-ci est faite en cellule par un infirmier de l'unité sanitaire (le plus souvent un infirmier du dispositif de soins somatiques) qui délivre le traitement pour toute la journée voire toute la semaine. Le tour de distribution est accompagné d'un surveillant pénitentiaire, ce qui peut poser problème pour la confidentialité et ne permet souvent pas à l'infirmier d'échanger avec le patient.

Dans certains établissements, quand une situation de PEP est détectée, si le patient est pris en charge en ambulatoire pendant un temps, la délivrance peut être adaptée avec un traitement distribué plusieurs fois par jour que le patient vient lui-même chercher à l'unité sanitaire. Ce temps de distribution permet de favoriser l'observance thérapeutique mais aussi d'avoir un temps d'échange et d'évaluation par un infirmier de manière pluriquotidienne et donc de repérer plus vite des modifications de l'état clinique qui pourraient nécessiter un changement de la prise en charge sous le mode d'une hospitalisation.

Ce dispositif peut également être mis en place ou se poursuivre après un retour d'hospitalisation pour permettre une évaluation rapprochée de la clinique et de l'observance thérapeutique.

Cependant, des répondants précisent que souvent il n'est pas possible de respecter l'ordonnance de sortie d'hospitalisation du point de vue de la répartition des prises, celle-ci devant être adaptée aux possibilités de délivrance par les infirmiers de l'unité sanitaire qui est de maximum 3 fois par jour et pas la nuit.

M5 : « à l'hôpital, en secteur ou à l'UHSA, ils ont des délivrances matin, midi, après-midi, soir, coucher, nous ça c'est impossible. [...] Donc souvent on est obligés, ça nous arrive de réduire un peu l'ordonnance, ou alors de re répartir le traitement, pour que ce soit grand maximum en 3 prises, et pour que ça puisse se faire à l'infirmierie, avec un peu une sécurité au niveau de l'observance.

Et d'autres indiquent que dans leur établissement, cette délivrance pluriquotidienne du traitement n'est pas du tout possible au vu des moyens à disposition, la meilleure option étant une délivrance quotidienne en laissant le patient prendre seul son traitement au cours de la journée, avec le risque de mauvaise observance que cela engendre.

M6 : « La façon la plus sécurisée qu'on a de donner les traitements c'est 1 fois par jour, il a son traitement pour les 24h, et il doit se débrouiller avec. »

Sur le plan des traitements disponibles, tous les répondants indiquent avoir accès à l'ensemble de la pharmacopée disponible en pharmacie hospitalière. La seule limite rapportée est l'utilisation du traitement antipsychotique injectable retard par ZYPADHERA®, car celle-ci nécessite une surveillance hospitalière de quelques heures, qui n'est pas possible en dehors des établissements accueillant un SMPR. Des répondants rapportent des situations exceptionnelles où un transfert d'établissement a été accepté par l'administration pénitentiaire afin que le détenu puisse avoir accès sur place au SMPR pour son traitement injectable.

2.3.2.4 Hospitalisation

L'hospitalisation dans un service de psychiatrie a une place importante dans la prise en charge du PEP en détention.

Elle peut se faire à l'UHSA, notamment en soins libres sur l'unité Garance, ce qui peut être un avantage conséquent pour le travail d'alliance thérapeutique. Un des

répondants estime en effet que la moitié des hospitalisations pour PEP à l'UHSA se font en soins libres, ce qui montre que cette possibilité est utile à de nombreux patients. Si les soins libres ne sont pas possibles, l'accueil se fait sur l'unité Majorelle en soins sans consentement (Garance, Majorelle et Véronèse sont les 3 unités de soins de l'UHSA).

M4 : « T'as moitié des personnes qui peuvent sur un premier épisode passer par Garance en soins libres, et 50% où c'est pas envisageable et qui doivent passer d'abord par Majorelle. »

Les répondants s'accordent pour dire que l'UHSA représente une option très adaptée pour la prise en charge d'un premier épisode psychotique, notamment si l'hospitalisation doit être longue, permettant au patient d'être dans le service pour l'évaluation clinique et de participer à des activités thérapeutiques, ce qui n'est pas forcément le cas en secteur.

Cette prise en charge étant celle la plus proche possible d'un patient en milieu extérieur, les psychiatres interrogés indiquent même préférer attendre une place à l'UHSA plutôt que d'envoyer le patient sur secteur, si l'état clinique le permet.

M2 : « L'UHSA nous on aime bien les envoyer, bon tous les soins sous contrainte qui doivent durer longtemps, on les envoie là-bas. [...] Si tu sais qu'en fait il va falloir circuler et ouvrir très vite, notamment pour l'alliance et tout, on l'envoie à l'UHSA en fait. Parce que l'EPSM ils ne peuvent pas le faire sortir dans le service. »

M5 : « Mais l'UHSA ça reste quand même un établissement, moi je trouve, très très adapté, très bien équipé, pour prendre en charge les personnes détenues. Moi je pense que si on peut, autant que ce soit à l'UHSA. »

L'hospitalisation sur l'UHSA peut aussi permettre l'accès à des soins de réhabilitation sur l'unité Véronèse qui ne sont pas forcément disponibles ailleurs en détention.

Les répondants apprécient aussi la facilité de contact avec les psychiatres de l'UHSA pour une demande d'hospitalisation et leur réponse rapide même s'il n'y a pas de place disponible dans l'immédiat.

Certains indiquent en effet des difficultés d'accès à une hospitalisation à l'UHSA, en lien avec le manque de places mais aussi avec la distance de l'établissement pénitentiaire qui limite la disponibilité des escortes. On constate ainsi un gradient géographique de la possibilité d'hospitalisation à l'UHSA en fonction de la distance avec l'établissement d'origine, certains l'estimant comme très accessible et d'autres beaucoup moins.

M6 : « on a quand même la chance d'être géographiquement près [de l'UHSA], on va avoir tendance à pouvoir les hospitaliser plus facilement là-bas, [...] on n'est pas forcément obligé de les faire transiter toujours par les urgences ou par un hôpital de secteur. »

M5 : « Il faut savoir qu'on est un centre pénitentiaire assez éloigné, puisqu'on est à 1h30 à peu près de l'UHSA, donc en est un peu dans les

derniers cercles en termes de distance, donc les escortes ça peut prendre un petit peu de temps, on peut avoir un peu de délai. »

Si l'hospitalisation n'est pas possible à l'UHSA, elle peut se faire sur secteur dans un service de psychiatrie générale. Ces services peuvent parfois accueillir un patient présentant un PEP en urgence plus rapidement que l'UHSA, notamment si le lien est facilité par le fait que le psychiatre en détention exerce également sur ce secteur de psychiatrie. Cependant, les répondants soulèvent de nombreux points sur lesquels ils trouvent cette prise en charge moins adaptée pour un détenu. En effet, ils indiquent que dans certains établissements hospitaliers, les patients détenus sont systématiquement placés en chambre d'isolement voire contenus, et ce même s'il n'y a pas de troubles du comportement le justifiant. La plupart estiment que, dans ces conditions, l'évaluation clinique ne peut pas être efficace, le patient ne pouvant pas être observé dans le service comme un patient habituel.

M5 : « les personnes détenues sont en fait isolées, plus ou moins contenues, mais ne sortent pas de la chambre, sont quand même dans un environnement où je trouve que l'évaluation clinique elle peut être compliquée, puisqu'évaluer quelqu'un en chambre d'isolement quand il y reste 2-3 jours, enfin moi je pense que pour un premier épisode psychotique ce n'est pas un bon endroit pour commencer des soins, pour entrer dans le soin, pour faire une évaluation clinique. »

Ces propos sont nuancés par certains répondants qui estiment qu'une mesure d'isolement voire de contention peut en effet être justifiée pour un patient présentant un PEP, inconnu du service et arrivant de détention, mais que celle-ci doit être réévaluée et ne pas être maintenue uniquement du fait du statut de détenu.

M3 : « Mais pour un épisode psychotique bref, jusqu'à preuve du contraire, surtout chez quelqu'un d'inconnu, qui vient de la prison, en effet ce que moi j'aime bien faire c'est au moins me coordonner avec les urgences psychiatriques où il y a 2 chambres d'isolement, qu'il y ait ce travail d'évaluation initiale, et que dans un second temps, si on décide d'un transfert des urgences vers le secteur, qu'il y ait ce travail d'évaluation de l'intérêt et de la persistance de l'indication de ces mesures. »

D'autres répondants, notamment parmi ceux qui travaillent aussi en secteur de psychiatrie, indiquent également ne pas être satisfaits de cette prise en charge des détenus en secteur mais ne pas avoir forcément d'autre solution pour éviter le risque d'évasion, mettant donc l'accent sur l'aspect sécuritaire de ces mesures d'isolement systématique, qui sont nécessaires du fait des structures inadaptées des services. En effet, même si certains services ont des ailes pouvant être en théorie fermées, ce qui pourrait permettre au détenu de sortir de sa chambre, les systèmes de fermeture n'étant pas vraiment efficaces il n'est toujours pas possible d'y placer un patient détenu. Un répondant rapporte que certains services vont donc jusqu'à refuser d'accueillir des patients détenus à cause de ces problèmes sécuritaires.

M9 : « selon les établissements, en tout cas je peux dire que pour le nôtre, on n'accueille pas de la même façon un détenu qu'une autre personne en soins sous contrainte. Le service est quand même assez ouvert, on veut quand même limiter ... on veut tellement limiter le risque d'évasion évidemment, que les personnes sont en isolement le temps d'hospitalisation nécessaire. »

D'autre part, les services de secteurs sont souvent réticents à garder longtemps en hospitalisation un patient détenu, et le renvoient donc parfois en détention après avoir simplement abasé les troubles du comportement par un traitement anxio-sédatif, sans réelle évaluation diagnostique ni introduction de traitement de fond, entraînant une réapparition des troubles au retour en détention.

M6 : « On récupère parfois des patients qui n'ont pas de traitement de fond, qui ont été injectés, contenus, donc sédatés, et donc ben oui il va mieux, on le renvoie, et puis ... en fait ça recommence. »

Selon des répondants, certains secteurs ont aussi tendance à très rapidement demander une poursuite de la prise en charge à l'UHSA si un détenu est hospitalisé chez eux. Le transfert à l'UHSA peut se justifier en fonction de l'évolution clinique car un PEP peut nécessiter une hospitalisation longue qui est plus facilement réalisable sur l'UHSA, mais certains reprochent aux secteurs de faire cette demande immédiatement sans débiter de prise en charge spécifique eux-mêmes.

M4 : « ce qui est frustrant c'est que c'est compliqué même si la personne dépend de leur secteur. [...] il y a une personne qui a été orientée sur le secteur parce qu'il n'y avait pas de place à Garance, aussitôt le psychiatre fait la demande pour que la personne soit sur liste d'attente [de l'UHSA]. »

A noter que certains répondants soulignent tout de même l'hétérogénéité des prises en charge selon les secteurs de psychiatrie, et indiquent que certains proposent des soins adaptés aux détenus, en particulier quand ceux-ci présentent un PEP car l'hospitalisation est jugée plus justifiée que pour d'autres motifs, et ce grâce à un travail de communication et de déstigmatisation du milieu carcéral qui a été effectué avec certains secteurs.

M5 : « Il y a des secteurs pour lesquels c'est plus facile, avec des secteurs qui sont un peu plus adaptés à l'accueil des personnes détenues, où dans ces cas-là la prise en charge elle est quand même plus adaptée, plus facile. »

M6 : « il y a des secteurs avec qui ça se passe super bien, qui ont fait ce boulot un peu de déstigmatisation du carcéral, qui accueillent ces patients comme tous les autres patients, qui prennent le temps d'accompagner sur toute la prise en charge, d'instaurer le traitement, de travailler l'éducation thérapeutique, les symptômes ... qui prennent le temps de les garder tout le long de cette prise en charge. »

On constate donc une grande hétérogénéité de prise en charge du patient détenu en fonction des secteurs. Les répondants semblent en effet ne pas avoir connaissance d'une réglementation particulière existant à ce sujet. Un d'entre eux évoque cependant un groupe de travail avec l'ARS portant sur ce point, qui indiquait que les mesures d'isolement et de contention ne devaient être utilisées que si elles étaient cliniquement justifiées.

M6 : « C'est un petit peu chaque secteur qui fait comme il veut. »

Cette notion des conditions d'hospitalisation sur secteur est un enjeu important dans le parcours de soins d'un détenu présentant un PEP, notamment du point de vue de l'alliance thérapeutique travaillée en détention qui peut être rompue à la suite d'une hospitalisation mal vécue car passée en chambre d'isolement plus ou moins avec une contention physique tout du long.

M3 : « Et puis la potentielle rupture d'alliance définitive chez quelqu'un qui vous dit « mais attendez, j'étais pas bien, vous m'avez transféré directement à l'HP, j'étais attaché, on m'a mis des piqûres dans le cul, là je reviens », chez une personne qui légalement en détention a le droit de refuser de prendre les traitements, si on ne travaille rien sur le plan relationnel, on n'est pas bons. »

Enfin, un enjeu important de l'hospitalisation est celui du manque de places disponibles, que ce soit à l'UHSA ou sur secteur. En effet, un répondant explique que

ce manque de places influence la qualité de la prise en charge car elle décale la question de l'indication d'hospitalisation sur la question des places disponibles plutôt que sur celle de la nécessité clinique. Selon lui, il serait plus facile et plus cohérent dans la prise en charge de pouvoir hospitaliser un patient au moindre doute, quitte à ce que ce soit une hospitalisation très courte, mais qui permettrait au moins d'évaluer et de prendre en charge rapidement le patient.

M8 : « On réfléchit aussi à se dire, est-ce que je l'hospitalise ou pas, est-ce que vraiment je veux occuper une place. Enfin moi je me pose cette question en tout cas, est-ce que je vais vraiment prendre une place, est-ce qu'il n'y a pas quelqu'un qui aurait éventuellement une place qui sera plus importante, est-ce que je ne peux pas faire quelque chose d'ici plutôt que de l'envoyer à l'hôpital. [...] Quand je suis arrivé il y a 7 ans, on avait tout le temps, ou très régulièrement de la place. [...] On disait, je ne sais pas si c'est forcément utile, mais je pense que ça peut servir à quelque chose de l'hospitaliser, je l'hospitalise. Et puis le collègue pouvait le faire sortir au bout de 24h, au pire le patient voulait sortir au bout de 24h. Mais on pouvait, on ne se posait pas la question. »

2.3.2.5 Facteurs dépendants de l'administration pénitentiaire

Dans l'accès aux soins des personnes détenues, plusieurs aspects sont dépendants de l'administration pénitentiaire et représentent donc un enjeu particulier.

Il y a d'abord les délais des escortes pénitentiaires pour l'accès aux examens complémentaires ou les transferts en hospitalisation, comme déjà évoqué précédemment.

D'autres difficultés peuvent être rencontrées pour extraire un patient aux urgences ou pour réaliser un examen complémentaire, comme la nécessité pour les surveillants pénitentiaires de rester avec le détenu comme garde statique tout au long de la prise en charge. Certains répondants expliquent en effet ne jamais avoir eu de refus d'extraction pour ce motif, mais avoir déjà ressenti un mécontentement de la part des surveillants, ce qui peut avoir un impact sur les relations entre administration pénitentiaire et unité sanitaire.

M8 : « Les surveillants ils ne sont jamais contents, parce qu'ils n'ont pas envie d'aller aux urgences parce qu'ils ne savent pas quand ils vont repartir, mais ils le font. »

Il est en revanche déjà arrivé à un des répondants que l'administration pénitentiaire refuse d'extraire un patient aux urgences pour des examens complémentaires avant une admission sur secteur en SDRE car celui-ci n'était pas consentant aux soins. L'administration pénitentiaire mettait en avant le fait que sans l'accord du patient, ils n'avaient pas le droit de l'emmener aux urgences, que les soins sans consentement étaient valables uniquement pour un transfert vers un service psychiatrique. On constate donc qu'il peut y avoir des discordances entre les textes législatifs pénitentiaires et sanitaires, ce qui place les professionnels dans un flou juridique contraignant et qui impacte ainsi l'accès aux soins du patient détenu.

Ce type de situation est décrit comme très problématique car, dans ce cas, le seul moyen d'obtenir le transfert aux urgences est de négocier l'accord du patient mais, s'il refuse, on s'expose au risque de troubles du comportement et de passage à l'acte en détention en attendant le transfert en SDRE dans le service de psychiatrie d'accueil.

Les conditions d'extraction aux urgences sont également contraignantes et stigmatisantes pour les détenus car, en plus de la nécessité d'une garde statique, ils doivent rester menottés tout le long de la présence dans l'établissement hospitalier, ce qui peut être particulièrement mal vécu pour un patient agité en pleine décompensation psychotique.

M6 : « C'est les conditions d'accueil qui ne sont pas simples non plus, c'est les menottes, les entraves, c'est vrai que c'est des patients qui peuvent s'agiter là-bas, on essaie d'éviter qu'ils passent 3-4 jours aux urgences avant de partir sur secteur. »

Les conditions de surveillance pour la garde statique sont parfois facilitées dans certains centres hospitaliers où les urgences possèdent des chambres carcérales, situées en dehors du service même des urgences, sécurisées et réservées aux patients détenus.

Des refus de la part des directeurs d'établissement pénitentiaires peuvent également s'opposer à des demandes de transfert en hospitalisation, considérant qu'un détenu

avec des comportements violents doit plutôt rester en isolement que bénéficier de soins.

Cela peut notamment se produire pour les établissements bénéficiant d'un SMPR, qui peuvent refuser d'accueillir un patient considéré comme dangereux en leur sein.

De même, un directeur d'établissement peut refuser d'extraire un détenu pour une hospitalisation s'il le considère comme trop dangereux et ce même à l'UHSA malgré la présence de surveillants pénitentiaires sur place.

Dans ces situations, les soignants ne peuvent pas passer au-dessus de cette décision et doivent donc faire avec les moyens qu'on leur donne pour prendre en charge un patient pouvant présenter une décompensation psychotique avec un risque important de troubles du comportement et de passage à l'acte hétéro-agressif. On constate donc une limitation de l'accès aux soins des personnes détenues considérées comme dangereuses en raison d'antécédents d'hétéro-agressivité.

M10 : « je sais qu'un patient psychotique, complètement persécuté, que je voulais envoyer à l'UHSA, ça avait été un refus de la direction. Parce que le patient, considéré dangereux, et du coup ils n'avaient pas voulu. [...] finalement, ce patient il a fini par accepter un traitement, qui l'a vite posé, et donc ça a permis de calmer le jeu, parce que je n'étais pas rassurée quand même. Il y avait un gros risque de passage à l'acte sur un surveillant à ce moment-là. »

Cette gestion de l'hétéro-agressivité par l'administration pénitentiaire, qui se fait par un système de sanctions internes avec des placements au quartier disciplinaire ou au

quartier d'isolement, peut également occasionner des ruptures du parcours de soins du patient, notamment au retour d'une hospitalisation. En effet, si un détenu a commis des actes violents envers d'autres détenus ou des surveillants mais qu'il a été hospitalisé en raison de la constatation d'un trouble psychotique, alors à son retour il devra effectuer ou terminer la peine interne à laquelle il avait été condamné. Un patient stabilisé peut donc se retrouver à l'isolement, ce qui peut limiter la reprise du suivi ambulatoire et être plus à risque d'une nouvelle décompensation.

Un autre enjeu de l'accès aux soins en détention décrit par certains répondants est celui de la taille de l'établissement pénitentiaire. En effet, ils estiment que dans des établissements trop grands, la communication entre les surveillants pénitentiaires et les soignants est beaucoup moins aisée, et qu'il en est de même pour le suivi des patients et le repérage d'éventuels troubles non connus chez eux.

M4 : « Alors ça dépend des établissements, malheureusement pour certains ils sont un peu noyés dans la masse, parce qu'il y a tellement de consultations, il y a tellement d'urgences à côté de ces épisodes-là, qui sont censés être stabilisés. Ou au contraire c'est très personnalisé. »

Ces répondants précisent que ce manque de communication et de réactivité peut mener à des situations fortement préjudiciables avec mise en danger des patients pouvant aller jusqu'au suicide.

M4 : Alors, des équipes plus étoffées, et des bâtiments moins grands. Parce que là on continue, et les nouveaux bâtiments qui se construisent,

continuent d'être des usines, alors que nous on rêverait de structures pavillonnaires tu vois, où tu sais ce qui se passe, où tu peux observer tout de suite. [...] Tandis que dans des usines comme EP X, EP Y, un surveillant qui est débordé, le circuit de l'information ne se fait pas forcément comme on en a envie. [...] Je me souviendrai toujours d'un cas, il y a eu des erreurs de la part de tout le monde, de nous, des surveillants, un manque de communication, et la personne a fini par se suicider. Mais ça ils ne comprennent pas et ils continuent de construire des usines comme à EP Z par exemple. »

2.3.3 En post-carcéral

2.3.3.1 Communication et relais de soins

Le moment de la sortie de détention est un point crucial du parcours de soins d'un patient ayant présenté un premier épisode psychotique car c'est là que se joue l'adhésion ou non à un suivi au long cours qui a pour but de minimiser le risque de rechutes.

Tous les répondants expliquent orienter le patient vers une structure de soins à la libération, le plus souvent un CMP, avec la remise d'une ordonnance pour le traitement voire une délivrance pour quelques jours, mais les moyens mis en œuvre diffèrent selon l'établissement pénitentiaire et le secteur d'accueil.

Certains expliquent contacter le CMP dont dépendra le patient en amont de la libération pour demander un rendez-vous avec un psychiatre dès la sortie, avec rédaction d'un courrier de liaison et possibilité de transfert du dossier médical si le

patient donne son accord. Selon les secteurs, certains acceptent de fixer directement un rendez-vous psychiatrique, d'autres font suivre au patient le parcours habituel avec d'abord un rendez-vous infirmier d'évaluation et certains demandent même que ce soit le patient lui-même qui prenne contact avec la structure de soins pour fixer un rendez-vous, ce qui est moins rassurant pour les répondants quant à la continuité des soins.

Une répondante rapporte même que pour certaines situations, l'équipe de l'unité sanitaire peut se déplacer pour accompagner le patient à sa sortie de détention jusqu'au CMP de relais, ce qui permet de rencontrer en personne l'équipe qui le prendra en charge et de faire des transmissions plus directes.

M2 : « un patient psychotique qui était du secteur de [xxx], qu'on a emmené là-bas le jour de la sortie, on avait pris une voiture, on l'a emmené là-bas, avec l'équipe, on a fait tout le lien avec eux, on s'est mis à dispo, et du coup on a humanisé un petit peu le relais tu vois. On est arrivés avec tout le bagage diagnostique, anamnétique, toute l'histoire de la prise en charge du patient, et du coup tu le dis vraiment aux collègues, donc c'est quand même plus facile que le patient qui arrive avec son petit courrier médical. Tu vois on peut aussi faire tout ça s'il n'est pas du secteur. »

A l'inverse, d'autres répondants indiquent ne pas forcément contacter directement le CMP en amont mais plutôt remettre les coordonnées au patient et un courrier de liaison, en le laissant prendre contact par lui-même à sa sortie.

M8 : « Mais en général, là c'est pour le tout-venant, on laisse le patient se débrouiller, ils ont leur courrier, ils ont l'endroit où ils doivent aller, et après ils prennent rendez-vous, ou pas. »

Plusieurs situations particulières peuvent rajouter des enjeux différents dans cette mise en place du relais de soins. D'abord, si le patient fait l'objet d'une obligation de soins à la sortie de détention, il peut avoir lui-même pris rendez-vous au CMP dans ce sens, mais il faut parfois aussi effectuer un travail de prévention pour l'inciter à faire son suivi médical et son suivi au SPIP afin de lui éviter une réincarcération pour motif de non-respect de ses obligations.

M2 : « Et puis il y a aussi l'axe judiciaire tu vois, parler des obligations ça peut être de la prévention tertiaire, genre « il est malade, vu qu'il est malade il n'a pas conscience qu'il doit faire son suivi SPIP, vu qu'il n'en a pas conscience il va être réincarcéré, et comme je ne veux pas qu'il soit réincarcéré je mets tout le paquet sur le suivi SPIP » ».

Une autre problématique peut être l'absence de domicile fixe pour le patient à sa sortie de détention. En effet, dans ces cas-là les répondants expliquent ne pas pouvoir orienter le patient vers un CMP en particulier, au mieux ils peuvent lui donner les coordonnées des différents secteurs aux alentours, mais ne peuvent pas faire de transmissions à un secteur en particulier. Une solution pour une des répondantes a été d'orienter le patient sans domicile fixe vers un foyer d'hébergement d'urgence, ce qui a permis le passage de l'équipe mobile du secteur concerné avant d'effectuer un relais sur le CMP.

Si la date de libération est connue à l'avance, les soignants de l'unité sanitaire peuvent s'organiser pour préparer le relais de soins et une prise en charge sociale peut être travaillée pour trouver un lieu de vie et/ou faire un dossier à la Maison Départementale

pour les Personnes Handicapées (MDPH) pour demander des aides et reconnaissances pour un trouble psychotique invalidant. Cependant, il peut arriver que la sortie de détention soit décidée au dernier moment et dans ce cas les soignants peuvent être pris de court et ne pas avoir eu le temps de préparer ce relais.

D'une manière générale, les répondants indiquent que ces démarches de relais de soins sont facilitées si le patient avait déjà un suivi antérieur sur le secteur ou si le secteur d'accueil est le même que celui dont dépend l'unité sanitaire et donc les psychiatres qui y travaillent. Mais à l'inverse, ils constatent que si le patient est inconnu du secteur, ils font face à des réticences pour lui obtenir un suivi quand le contact est pris depuis la détention.

Certains répondants indiquent également que la prise en charge sur secteur est facilitée si le psychiatre de l'unité sanitaire peut avancer des arguments sur la stabilité clinique et sur l'investissement dans les soins du patient, par exemple s'il participe à des activités thérapeutiques.

M2 : « on aura montré qu'il était hyper investi, déjà il était investi en HDJ en intra, s'il est investi là sur les activités et tout ça, c'est beaucoup plus facile de l'orienter sur le secteur, et de dire ça fait 6 mois qu'il est bien, y'a pas de soucis vous pouvez le prendre en CATTP. »

2.3.3.2 Rupture de soins

Si les psychiatres interrogés essaient de mettre en place le mieux possible un relais de soins à la sortie de détention, c'est qu'ils indiquent que ce moment est fortement à risque de rupture dans le parcours de soins, ce qui peut être très préjudiciable pour un patient ayant présenté un PEP car cela peut majorer le risque de rechute, notamment en cas d'arrêt trop précoce du traitement antipsychotique.

Ces ruptures de suivi peuvent être du fait de difficultés organisationnelles du relais de soin comme évoqué plus haut, mais aussi du fait d'un manque d'investissement dans les soins du patient. Des répondants indiquent en effet que la période de la sortie de détention apporte des changements sur beaucoup de pans de la vie de la personne et que les soins ne sont pas forcément prioritaires pour elle. Il incombe donc aux soignants de travailler en amont cette sortie pour insister sur l'intérêt de poursuivre les soins engagés à l'extérieur.

MI : « Et il faut aussi compter sur le fait qu'une personne qui va se retrouver seule dehors, avec énormément de difficultés sociales, va devoir se rendre à un rendez-vous, pas toujours voir pourquoi c'est utile, et ce n'est vraiment pas au premier plan des préoccupations dehors pour la personne. »

Des répondants regrettent que, malgré l'investissement mis dans le relais de soins, ils ne pourront pas savoir ce que deviennent ces patients car ils ne recevront pas forcément d'information sur la mise en place effective ou non d'un suivi à la sortie.

M8 : « On ne s'assure pas, il n'y a pas de suivi, on ne sait pas ce qu'ils deviennent en fait ces gens-là. On espère qu'ils vont aller voir quelqu'un. »

2.3.3.3 Suivi post-carcéral spécifique

Pour limiter ce risque de rupture du parcours de soins, des structures spécifiques de suivi post-carcéral existent sur certains sites de la région.

Des structures locales existent qui accueillent des patients en fonction de l'établissement pénitentiaire d'où ils sortent et pas forcément en fonction du secteur de psychiatrie dont ils dépendent. Ce suivi peut avoir une durée variable, de 6 mois pour certaines structures avant un relais sur le secteur à illimitée pour d'autres. Certaines structures sont organisées comme un CMP avec plusieurs types de professionnels intervenant (psychiatre, infirmier, psychologue, assistante sociale ...), d'autres consistent uniquement en des consultations psychiatriques ou infirmières.

Enfin, parmi ces structures certaines accueillent tout type de patient sortant de détention, et une d'entre elle est initialement prévue pour le suivi post-carcéral des personnes auteures d'infraction à caractère sexuel (AICS), mais le répondant qui la décrit explique que, si une alliance a été créée au cours d'un suivi en détention, il peut y accueillir tout type de patient pour un suivi, y compris donc un patient qui aurait été suivi pour un premier épisode psychotique.

M2 : « Donc nous on les voit pendant 6 mois ici, on fait le relais au bout de 2-3 mois, on essaie de voir un autre psychiatre, de faire en sorte que l'alliance au passage du relais se fasse bien. [...] c'est pas du tout

sectorisé, le post carcéral qu'on a mis en place là, c'est s'ils étaient suivis à la maison d'arrêt d'EP 2, c'est la continuité des soins. »

M3 : « La population qui n'est pas AICS, mais qui a investi sa prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique, que ce soit pour un épisode psychotique bref, une schizophrénie, une bipolarité, on garde quand même le suivi, on laisse la porte ouverte [...] compte tenu du fait de l'alliance thérapeutique et qu'il y a une stabilisation clinique, on les garde quand même. »

Les répondants décrivant ces structures indiquent qu'ils y reçoivent surtout des personnes qui étaient investies dans les soins en détention, qui ont une bonne connaissance de leur trouble et de la nécessité de poursuivre un suivi régulier. Ils sont satisfaits de pouvoir proposer cette alternative à la sortie de détention, qui permet une transition plus facile pour le patient qui se sent plus soutenu et accompagné dans sa démarche de réinsertion.

M2 : « on peut s'appuyer sur l'alliance déjà héritée de son premier épisode, on a vraiment toute l'histoire en tête et le vécu, on peut partager le vécu quand même avec le patient. Donc ça c'est pratique. »

M3 : « Ça évite les pertes de vue, ça évite les récives, ça évite le fait qu'ils devront commencer auprès de confrères alors qu'on n'a pas forcément la même impression clinique, la même façon de travailler. »

En plus de ces structures locales, il existe aussi des structures territoriales comme l'équipe mobile transitionnelle (EMOT) qui dépend du CHU de Lille et qui peut intervenir dans un rayon d'une cinquantaine de kilomètres autour de Lille. Cette équipe mobile accompagne les personnes sortant de détention et nécessitant des soins psychiatriques sur une période de 6 mois environ. Elle peut organiser concrètement la sortie de détention en allant chercher le patient le jour de sa sortie, en l'emmenant vers son domicile ou un foyer d'hébergement, et en l'accompagnant dans les démarches sociales à effectuer rapidement à la sortie. Sur le plan des soins, l'équipe composée de psychiatres, infirmiers, éducateurs et assistantes sociales réévalue régulièrement le patient pendant les mois qui suivent la sortie d'incarcération, avec le renouvellement du traitement médicamenteux. L'objectif de cette prise en charge est de fluidifier le relais des soins vers un secteur de psychiatrie, en prenant le temps de l'organiser, en assurant la transition en attendant les premiers rendez-vous sur le CMP, et en accompagnant la personne à ces premiers rendez-vous pour faciliter la transmission d'informations. Pour une personne ayant présenté un premier épisode psychotique en détention et qui ne serait pas encore inscrite dans les soins de secteur, l'EMOT semble donc être une structure adaptée pour démarrer des soins ambulatoires sur l'extérieur.

M6 : « Si vraiment on sent que c'est des situations qui sont fragiles, à Lille on peut utiliser, faire appel à l'EMOT, l'équipe mobile transitionnelle, qui est du coup une équipe qui peut assurer un suivi post carcéral pendant à peu près 6 mois, dans l'idée de favoriser le relais de soins et la réinsertion des patients sortant de prison qui ont un trouble psychiatrique. Donc ça peut être typiquement le cas pour un patient qui aurait un premier épisode psychotique qui se serait déclaré en détention. »

Enfin, il existe également des lieux d'accueil pour les personnes sortant de détention qui peuvent permettre des soins de réhabilitation psychosociale comme au sein d'associations spécialisées, dans une collocation de réinsertion ou encore dans un établissement de post-cure psychiatrique. Ces soins peuvent s'adresser à des patients ayant présenté un PEP en détention qui seraient stabilisés au moment de la libération, avec déjà un travail engagé sur l'autonomisation et un besoin de soutien pour le poursuivre sur l'extérieur.

M2 : « Là par exemple je pense à un autre premier épisode qui était en détention, là sur la sortie, je le prends dans la collocation thérapeutique qu'on vient d'ouvrir, la collocation thérapeutique et d'insertion. »

2.4 Administration pénitentiaire et secteur psychiatrique : une double stigmatisation

2.4.1 Réactions du milieu carcéral au trouble mental

En détention, une personne présentant un premier épisode psychotique peut être exposée à diverses réactions de la part des personnes qui l'entourent, principalement composées des autres détenus et des surveillants pénitentiaires.

Les autres détenus sont décrits par les répondants comme pouvant être bienveillants avec une personne souffrant d'un trouble psychotique, comme pouvant s'inquiéter pour elle. Ils peuvent par exemple signaler les troubles aux surveillants pénitentiaires ou à l'unité sanitaire s'ils y sont eux-mêmes suivis, encourager le patient à prendre son traitement et être attentif à lui.

M3 : « Il y en a qui vont être très compréhensifs, il y en a même qui vont signaler à la pénitenciaire, voire au sanitaire, que tel détenu ne va pas bien. »

M6 : « Il y a le codétenu sympa qui va plutôt être bienveillant et qui va pas porter de jugement ni de regard sur le traitement, voire qui va encourager le codétenu à suivre son traitement. »

Certains détenus sont décrits par les répondants comme plus sensibles aux troubles psychiatriques présentés en détention, notamment des personnes aux multiples incarcérations qui connaissent bien la structure de soins et qui savent repérer des comportements anormaux en détention. Il est même possible dans certains cas de demander à l'administration pénitentiaire de placer un détenu qu'on a repéré comme fragile avec un de ces codétenus repérés comme bienveillants.

D'autres détenus peuvent avoir une réaction de peur face aux troubles du comportement d'un patient présentant un PEP, ce qui peut également les amener à signaler les troubles aux surveillants ou aux soignants.

M8 : « Et ça peut être des gens qui ont peur aussi. C'est déjà arrivé aussi qu'il y ait un détenu qui nous signale, donc c'était pour son codétenu, [...] où là il venait parce qu'il avait peur, parce qu'il parlait la nuit, il faisait des trucs dans la cellule où ils sont souvent à deux. »

Les autres détenus peuvent être à l'inverse plus stigmatisants avec une personne souffrant de trouble psychotique. En effet, les répondants expliquent que dans le fonctionnement au quotidien, une personne qui ne rentre pas dans les enjeux relationnels présents en détention est assez vite repérée et peut être victime de manipulation, de violences verbales et physiques ou alors être incitée à ne pas prendre son traitement ou à consommer des toxiques, ce qui peut lui être très préjudiciable dans le cas de décompensation psychotique.

M9 : « il y a beaucoup d'enjeux relationnels également, et la personne qui ne fonctionne pas, soit pour être dominant dans le système ou dominé, mais un peu à part de façon assez étrange, ça peut être perçu assez rapidement effectivement. »

M3 : « il y' en a qui vont surtout s'engouffrer dans la vulnérabilité psychique dudit détenu pour lui demander de faire des choses illégales, du trafic, de la détention de téléphone en cellule, etc. »

M4 : « C'était celui qu'il fallait éjecter de la cellule, de la part des codétenus, celui qui était frappé en cellule ou en promenade, et dont on se débarrassait sous un prétexte. »

Le fait de suivre des soins peut aussi être stigmatisant pour un patient car les déplacements à l'unité sanitaire, la prise de traitement ou les départs en hospitalisation sont facilement repérés par les autres détenus et peuvent être source de questionnements ou de critiques à l'égard du patient.

M4 : « En maison d'arrêt c'est compliqué, parce qu'elle ne va pas être seule en cellule, il y a la honte vis-à-vis des autres de prendre un

traitement, si tu prends un traitement qu'est ce qui t'est arrivé ? t'es un fou, tu reviens de l'UHSA ? Il y a tous ces facteurs-là qui interviennent. »

On voit donc qu'un détenu présentant un PEP est exposé de manière assez aléatoire aux différentes réactions des autres détenus. De même, les réactions des personnels de l'administration pénitentiaire peuvent être très diverses et dépendent de chaque individu.

Les répondants décrivent certains surveillants pénitentiaires comme ayant des réactions adaptées auprès des personnes présentant un trouble psychotique, avec par exemple le signalement à l'unité sanitaire ou la mise à l'écart du détenu pour le protéger des autres. Certains surveillants sont en effet habitués à voir des personnes avec un trouble psychiatrique, et savent faire la différence entre une agitation liée à une pathologie et une agitation liée aux conditions de détention.

M8 : « Il y a des surveillants comme je disais qui peuvent signaler, parce qu'ils trouvent que les gens ont un contact bizarre. Il y a des gens qui peuvent être très humains, et donc ils essaient d'avoir un lien, ils se rendent compte que ça ne fonctionne pas donc ils le signalent. Là c'est plutôt bienveillant aussi. »

Mais d'autres surveillants sont décrits comme étant empreints d'idées reçues sur les troubles et les soins psychiatriques, avec par exemple une image de la psychiatrie

comme une punition pour des troubles du comportement, amenant à des situations de stigmatisation envers les patients et de manque d'orientation vers les soins.

M2 : « éviter le côté « si tu fais chier on t'envoie à [xxx] », c'est comme ça que s'appelle notre hôpital. Ça ça serait ... bon voilà s'il y avait moins cette culture un peu de la psychiatrie punitive, ce serait pas mal quoi. »

M8 : « j'ai des exemples en tête de gens qui ne nous signaleront pas, simplement parce que c'est psy. C'est tout, la psy ça ne doit pas exister donc ... »

Certains répondants mettent en lien ces éléments avec un possible manque de connaissance et de reconnaissance des troubles (par exemple, les surveillants pouvant croire que les patients jouent la comédie), mais aussi avec les conditions de travail difficiles et l'épuisement du personnel.

M9 : « dans le système pénitentiaire, il y a des gens plus ou moins ... ce n'est pas des soignants, c'est clair, et des fois ils sont même un peu usés par leur travail, et par ce qu'ils y voient. »

Des situations particulières comme les troubles du comportement avec hétéro-agressivité peuvent aussi mener à des réactions pouvant comporter des gestes violents physiquement envers le détenu, par exemple pour l'immobiliser et l'emmener en CproU ou au quartier disciplinaire, ce qui peut être traumatisant pour la personne qui le subit, avec de possibles blessures physiques.

Ces épisodes d'hétéro-agressivité entraînent aussi une plus grande vigilance de la part des surveillants pour la suite, qui peuvent mettre en place des mesures de sécurité importante autour de la personne pendant une longue période, même si celle-ci est redevenue plus calme.

M2 : « après quand c'est écrit sur la fiche pénale que c'est un violent, voilà ils ne prennent pas trop de gants et ils y vont casqués, boucliers et tout. »

Une autre situation pouvant poser problème est lorsqu'un patient avec un PEP présente des idées délirantes de persécution à propos des surveillants. Si ceux-ci ne les identifient pas comme telles, ils peuvent répondre par de l'agressivité et ainsi continuer d'alimenter le délire de persécution, pouvant mener à des gestes hétéro-agressifs et donc à des mesures disciplinaires, qui auraient pu être évitées si les troubles avaient été mieux repérés.

M6 : « le soucis c'est qu'il y a quand même beaucoup de patients pour qui ça va être des symptômes persécutifs, ça va avoir tendance à générer de l'agressivité, les surveillants vont répondre par de l'agressivité, donc on va être dans une escalade symétrique, et c'est des patients qu'on va parfois retrouver au quartier disciplinaire, alors qu'ils sont en pleine décompensation. »

Finalement, certains surveillants se retrouvent surtout en difficulté et démunis devant des troubles du comportement qu'ils ne comprennent pas et qu'ils ne savent pas

forcément prendre en charge autrement que par une mise en sécurité de la personne et de ceux qui l'entourent avec une mise en isolement, même si les répondants estiment que ce ne serait pas toujours la réaction la plus adaptée, avec au moins le réflexe pour la plupart d'alerter les soignants et de leur demander de l'aide.

M2 : « Après les surveillants te disent, ils m'ont dit encore la semaine dernière, « c'est plus une prison c'est un asile », c'est vrai qu'on a quand même pas mal de patients qui ont des troubles au moins du comportement au premier plan quoi. Qui font des trucs bizarres, des crises clastiques, on ne comprend pas le discours, avec des rigidités de l'esprit, bon tu te dis c'est vrai que là, ils ont beau être à l'écoute et tout ça, ils n'ont aucun impact sur les comportements étranges, donc bon. »

2.4.2 Réactions des soignants de secteur au détenu

Une personne détenue présentant un premier épisode psychotique peut aussi être exposée à des réactions négatives de la part des soignants de secteur de psychiatrie générale où elle peut être adressée, que ce soit pour une hospitalisation ou pour un relais de soins à la sortie de détention.

Comme déjà évoqué précédemment, les répondants indiquent que certains secteurs de psychiatrie ont une bonne connaissance du milieu carcéral et prennent en charge les patients détenus de manière adaptée mais que beaucoup d'autres montrent des réticences à accueillir un détenu, que ce soit pour des raisons sécuritaires comme abordé plus haut mais aussi pour des raisons de peur en lien avec des a priori et une mauvaise connaissance de la psychiatrie carcérale.

En effet, des répondants rapportent que les soignants de secteur peuvent avoir peur et stigmatiser un patient détenu en raison de représentations sur la dangerosité des détenus, que les faits pour lesquels ils sont incarcérés soient graves ou pas, et qu'ils soient en lien avec leur trouble psychiatrique ou pas. Cette peur peut entraîner une réticence voire un refus de prendre en charge le patient, ce qui peut représenter un frein important dans son parcours de soins.

M4 : « Le fait d'avoir été incarcéré, c'est quelque chose qui pose vraiment problème au secteur. Tout de suite il y a une diabolisation de la personne. Alors que parfois, et souvent même, les faits ne sont pas du tout en lien avec la décompensation, ou les faits sont de très petite gravité, mais tout de suite il y a la représentation de quelque chose de gravissime, ce qui n'est pas réellement le cas. »

M4 : « Je me souviens toujours d'une patiente, qui sur un premier épisode a commis un crime gravissime, quand il a été question de la mettre sur secteur, du fait de ... donc c'était un infanticide, du fait de ce qu'elle avait commis, les 2 infirmiers qui devaient venir et échanger avec nous, l'un a refusé, en disant qu'il ne pouvait pas, qu'il ne se sentait pas en capacité. Donc c'est des choses comme ça qui sont un frein à la bonne prise en charge. Tu vois des mauvaises représentations, ne pas comprendre que les faits sont complètement englobés dans le délire, qui avait là en l'occurrence couvé pendant très longtemps. »

Certains répondants mettent en lien la réticence à accueillir des détenus avec cette peur associée à un manque d'effectif sur les secteurs, avec des équipes

principalement féminines et des structures parfois inadaptées aux mesures de sécurité que les soignants s'imaginent devoir respecter. Une répondante précise en effet que le personnel des secteurs a bien un rôle de soignant et non de surveillant, indiquant que le risque d'évasion n'est pas censé avoir un impact sur la prise en charge du patient.

M10 : « Mais c'est difficile pour les équipes, qui ont peur, qui ont peur des patients détenus, qui ne connaissent pas la détention, qui n'ont pour la majorité jamais travaillé en détention. Et il y a cette crainte aussi d'avoir un patient qui fugue, et du coup la responsabilité derrière, alors qu'on est soignant, on n'est pas la justice quoi. »

Un des répondants indique aussi que ces craintes sont moindres pour des patients déjà connus du secteur avant l'incarcération pour qui l'équipe connaît le comportement et le respect ou non du cadre du service.

Enfin, la stigmatisation concerne parfois un aspect plus large que le détenu en lui-même et s'attaque au système de soins en milieu carcéral en général. En effet, un des répondants rapporte que certaines personnes ne comprennent pas qu'autant de moyens soient alloués aux soins de détenus, en citant par exemple la création des UHSI et UHSA qui auraient soulevé beaucoup de critiques de ce genre.

M4 : « Même au CHU, quand l'UHSI a été construite, avant l'UHSA, les gens du CHU ne comprenaient pas pourquoi on construisait tout ça pour

des détenus. Et pareil à l'UHSA, il y a des gens qui pensent que c'est beaucoup trop de moyens pour des détenus. »

2.4.3 Perspectives et enjeux d'avenir

Pour améliorer les conditions de prise en charge d'une personne détenue présentant un PEP et limiter la stigmatisation dont elle peut être victime, les répondants sont tous d'accord pour dire qu'il faudrait améliorer les connaissances des différents intervenants sur ce sujet.

Pour le personnel de l'administration pénitentiaire, cela pourrait passer par des formations spécifiques sur les troubles psychotiques et en particulier sur le premier épisode psychotique.

Des répondants expliquent que les surveillants pénitentiaires bénéficient déjà dans leur formation initiale d'une information sur les troubles psychiatriques en général et également sur le risque suicidaire. Ces formations ont été mises en place il y a quelques dizaines d'années suite à la constatation de nombreux cas de suicides dans les prisons en France. Des répondants estiment donc qu'elles pourraient être complétées par des formations sur des troubles moins connus mais pouvant avoir des présentations particulières en détention comme le PEP, notamment pour favoriser le repérage des troubles et enrichir le panel des motifs de signalement à l'unité sanitaire, mais aussi pour permettre aux intervenants en milieu pénitentiaire d'être plus sensibles à ce genre de troubles et donc plus bienveillants avec les patients.

M8 : « peut-être qu'il faudrait que la pénitentiaire ils aient un petit peu de sensibilisation du trouble psy, pour peut-être aller chercher des gens que

nous on ne verra pas s'ils ne les signalent pas parce qu'ils sont dans leur coin. »

Des répondants indiquent que, dans leur établissement, des formations sur les troubles psychotiques sont déjà mises en place par l'unité sanitaire à l'intention des surveillants pénitentiaires avec des explications pratiques sur comment se comporter avec ce type de détenu et à l'intention des gradés sur comment communiquer avec les différents intervenants pour éviter la stigmatisation des personnes avec une maladie psychique.

M2 : « on avait pour projet de former par contre les gradés, parce qu'ils sont moins présents sur le repérage clinique des patients, mais par contre je pense qu'ils ont un impact sur la connaissance du système [...] on casse un peu les préjugés des gradés, pour que ça se casse un peu après en dessous tu vois. »

Ces formations faites par les soignants de l'unité sanitaire présentent en plus un effet secondaire positif : celui de renforcer la connaissance mutuelle entre les différents intervenants en prison et donc de favoriser la communication entre eux.

M2 : « Quand même c'est quelque chose, surtout que c'est fait par nous, encore une fois il y a ce lien un peu de « on les appelle tout de suite si on repère quelque chose ». »

Plusieurs répondants nuancent cependant l'intérêt de ces formations, en mettant en avant le risque que des personnels pénitentiaires se pensent capables de prendre en charge seuls un patient avec un trouble psychiatrique. Ils pointent donc surtout la nécessité de former les surveillants sur le repérage et sur le réflexe de signalement des troubles sans aller forcément au-delà.

M2 : « Je pense que c'est bien qu'ils aient quelques notions, mais je préfère qu'ils nous disent très vite qu'ils sont débordés plutôt qu'ils se disent « allez on va gérer ». »

Un des répondants rapporte également que certains détenus peuvent avoir une formation sur le risque suicidaire, ce qui permet de les placer en cellule avec des personnes repérées comme fragiles pour pouvoir les soutenir et limiter le risque de passage à l'acte. Il suppose que ces détenus peuvent avoir une sensibilité plus importante aux troubles psychiatriques en général et donc qu'ils pourraient également repérer plus facilement un codétenu qui présenterait des symptômes de PEP.

Pour les soignants des secteurs de psychiatrie, les répondants estiment que la lutte contre la stigmatisation des patients détenus passe par une amélioration de la communication et de la connaissance du milieu carcéral, pouvant passer par des rencontres et par des visites des différents lieux de soins, notamment à l'occasion de l'organisation de relais de prise en charge. En effet, ils pensent que le fait de découvrir de manière plus concrète les conditions de travail et les moyens alloués aux soins ainsi que de rencontrer le détenu dans son environnement carcéral, permettrait une

meilleure représentation de la situation du détenu et de la manière la plus adaptée de l'accueillir dans un service de psychiatrie générale.

M4 : « Alors ça c'est formidable, parce qu'ils vont à l'UHSA, ils se rendent compte des moyens qui sont mis à disposition et à disposition des patients, parfois ils tombent de haut, ils sont vraiment très surpris en bien, parce qu'il y a vraiment la chance d'avoir l'effectif, les moyens, tout un éventail de soins possibles à disposition. »

M4 : « Donc l'idéal c'est que l'équipe vient, il y a un échange qui se fait oralement, on peut répondre à toutes leurs questions, expliquer le parcours de la personne avant la décompensation, comment il a été pris en charge. Et puis parfois aussi, ben l'idéal c'est qu'on soit invités, qu'il y ait un retour, pour que nous aussi on voit comment la personne est prise en charge, et puis pour créer du lien. Ça c'est vraiment la situation qui nous plait le plus. »

Ce travail a déjà pu être effectué dans certains secteurs, où des changements d'habitudes et de pratiques ont déjà pu être constatés, à la grande satisfaction des répondants.

M6 : « Et puis même il y a quand même un gros travail qui a été fait avec les secteurs, donc ... il y en a qui commencent à avoir l'habitude, qui du coup arrivent à aussi les prendre en charge comme en milieu libre, et ça c'est plutôt chouette. »

2.5 Particularités des détenus mineurs

La plupart des mineurs incarcérés ont un âge proche de la majorité, entre 16 et 18 ans, la présentation clinique d'un premier épisode psychotique et sa prise en charge sont donc globalement similaires à celles retrouvées en population adulte.

Il existe cependant quelques particularités, plutôt d'ordre organisationnelles, rapportées par les répondants ayant un contact avec des mineurs en détention.

(Pour des raisons d'anonymisation, au vu du faible nombre de répondants exerçant auprès de mineurs, nous ne précisons pas dans cette partie quels médecins ont répondu au sujet de leur prise en charge.)

Tout d'abord se pose la question de l'autorisation parentale aux soins, pour l'initiation d'un suivi, l'introduction d'un traitement ou l'hospitalisation. Celle-ci est recueillie au début de l'incarcération quand c'est possible. Cependant, la question ne se repose pas forcément à chaque introduction de traitement, ni dans les cas où il n'est pas possible de l'obtenir comme pour les mineurs isolés.

« Alors c'est vrai que je ne vais pas forcément courir après les autorisations parentales pour un traitement anxiolytique proposé à quelqu'un qui a entre 16 et 18 ans. [...] Mais on ne devrait peut-être pas juste se baser sur l'autorisation parentale qui est demandée à l'entrée du jeune. Bon quand on la trouve hein, s'il s'agit de mineur isolé c'est une autre situation. »

Le contact plus ou moins facile avec les parents pose aussi la question de l'anamnèse possible des troubles. Les répondants expliquent qu'il peut être nécessaire de

contacter une personne qui connaît bien le patient sur l'extérieur mais qu'au vu des situations socio-familiales parfois très complexes des mineurs incarcérés, cette personne n'est pas forcément un parent mais parfois plutôt un éducateur en milieu ouvert qui est la personne qui reste la plus stable sur le parcours du jeune qui passe de structures en structures.

« Ils peuvent aussi plus facilement nous parler, le référent éducateur de l'extérieur, en milieu ouvert, des fois c'est la seule personne stable sur un trajet où le mineur aura fait 4-5 foyers différents, autant de psychologues, psychiatres un peu moins, mais de suivis psy différents, donc vous savez quand on arrive là-dessus, on est le énième d'une longue liste, qui n'est pas finie, parce qu'en plus ils ne finissent pas leur temps en maison d'arrêt évidemment, ce n'est que pour quelques mois avant qu'ils ne partent encore éventuellement sur un ailleurs. »

Ce parcours éclaté du jeune patient auprès de multiples soignants explique pour les répondants la réticence qu'il peut avoir à venir vers les soins en détention et à se confier à un nouveau psychiatre, en plus du fait que d'une manière générale, un jeune présentant des troubles psychotiques ne viendra que très peu de lui-même signaler ses troubles, qui seront plutôt repérés par l'entourage qui l'incitera à une prise en charge.

« Ça permet aussi de comprendre, peut-être aussi la réticence des fois des jeunes à venir se livrer quand ils l'ont déjà fait 4 fois, et qu'il faut tout recommencer à zéro. Il faut des fois penser qu'on doit garder sa place, on n'est que à un moment de leur parcours. »

A l'inverse, les parents peuvent ne pas vouloir que leur enfant suive des soins ou reçoive un traitement, ce qui peut entraîner un arrêt prématuré de la prise en charge d'un jeune détenu présentant un premier épisode psychotique.

« Ça vaut comme une non-autorisation parentale, mais en tout cas il y a des jeunes qui des fois se retrouvent à vouloir arrêter le traitement par rapport à ça. »

Le parcours de soins d'un mineur incarcéré est par ailleurs marqué par l'intervention de nombreux intervenants extérieurs comme la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), l'aide sociale à l'enfance (ASE) ou encore l'éducation nationale, qui sont autant de partenaires pouvant participer au repérage des troubles et à l'orientation vers les soins. Des psychologues de la PJJ (qui ont un rôle judiciaire et non de soins) et des éducateurs peuvent notamment être au premier plan car ils sont présents au quotidien avec les jeunes incarcérés.

« on peut être interpellé par un psychologue, mais qui travaille pour la PJJ. [...] Lui il va intervenir plus facilement dans les quartiers, auprès des éducateurs de la PJJ, auprès des surveillants, auprès des jeunes directement. Il dépend d'une autre administration, donc on est en lien, en essayant de garder chacun son rôle. Mais pour le coup, il a pu s'alerter, pour des situations de tensions un peu suicidaires sur des moments un peu chauds, mais voilà il a pu, il peut s'alerter pour des situations, et essayer d'amener la personne vers les soins. »

Enfin, des particularités organisationnelles des établissements pénitentiaires pour mineurs comme le fait qu'il y ait beaucoup moins de détenus qu'en établissement pour adultes peuvent permettre une prise en charge ambulatoire beaucoup plus rapprochée par les psychiatres et psychologues y exerçant. Ce faible nombre de détenus permet également une surveillance plus rapprochée de l'observance des traitements, avec une distribution systématiquement faite à l'unité sanitaire et de préférence en gouttes, pour limiter au maximum le risque de trafic.

Pour les situations nécessitant une hospitalisation, celle-ci se fait en priorité à l'UHSA où les mineurs sont en général admis assez rapidement mais peut aussi se faire en secteur de psychiatrie générale. Par contre, les répondants n'estiment pas possible d'hospitaliser un mineur détenu dans un service de pédopsychiatrie.

« Priorité UHSA, parce qu'encore une fois c'est ce qu'il y a de plus adapté. Après il y a déjà eu des prises en charge secteur, même si c'est un peu plus compliqué. »

« je pense que c'est comme en secteur classique, il y a l'espèce d'entre deux 16-18, où finalement ils se retrouvent en secteur adulte. Je ne vois pas une personne détenue mineure en pédo, je pense que là, ce n'est jamais arrivé. »

Discussion

1 Principaux résultats

Nos résultats mettent en évidence une prise en charge hétérogène du PEP en détention en fonction des établissements pénitentiaires de la région, dépendant à la fois du niveau d'alliance thérapeutique, des moyens humains et de l'accès aux soins. L'accès aux soins est lui-même dépendant de contraintes liées au milieu pénitentiaire et ce à toutes les étapes du parcours du patient (repérage des troubles dépendant de leur signalement, évaluation diagnostique dépendante de l'accès aux examens complémentaires, prise en charge ambulatoire ou hospitalière dépendante des possibilités d'escortes et de restrictions sécuritaires).

Notre étude pointe ainsi un manque de fluidité dans le parcours de soins d'un détenu présentant un premier épisode psychotique, que ce soit dans la prise en charge avant l'incarcération, pendant celle-ci ou à la libération, avec un risque majoré de perte d'information et de rupture de suivi à ces moments clefs du parcours.

Enfin, nos résultats font apparaître une double stigmatisation fréquemment subie par le patient détenu présentant un PEP, provenant à la fois du milieu pénitentiaire (professionnels et autres détenus) et des soignants de santé mentale de secteur. Cependant, on note une hétérogénéité dans la vision qu'ont les répondants des conditions de soins sur secteur pour les détenus, certains les voyant plutôt comme nécessaires d'un point de vue sécuritaire même si elles ne sont pas satisfaisantes,

d'autres les apparentant plutôt à de la maltraitance en lien avec une peur et des a priori sur les détenus.

2 Discussion des résultats

Les résultats de notre étude pointent différentes spécificités du premier épisode psychotique en milieu carcéral et de sa prise en charge.

Tout d'abord, concernant le repérage du PEP en détention, une étude montrait qu'une incarcération pendant la DPNT pouvait allonger celle-ci, supposant donc des difficultés de repérage plus importantes du PEP en milieu carcéral [72]. Dans notre étude, les répondants indiquent également des difficultés de repérage avec des symptômes à bas bruit ou compensés par le patient qui peuvent passer inaperçus même au cours de la consultation « arrivant » systématique ou au cours d'un suivi. Ils indiquent aussi une différence de repérage selon le type de symptômes avec un signalement rapide par les professionnels de l'administration pénitentiaire ou les autres détenus des symptômes bruyants comme les troubles du comportement, les idées délirantes ou les hallucinations, mais un signalement tardif voire absent des symptômes négatifs comme l'isolement, le repli sur soi ou le ralentissement psychomoteur car ceux-ci sont plutôt bien tolérés dans l'environnement carcéral où, parfois, il vaut mieux rester discret avec les autres détenus et les surveillants pénitentiaires pour éviter toute altercation. Ce retard dans le signalement des troubles entraîne donc un retard pour le diagnostic et la mise en place du traitement, qui peut être suivie d'un impact pronostic variable. Cette particularité du PEP en milieu carcéral ne semble pas avoir été mise en avant dans les différentes études menées sur le sujet jusqu'ici.

Il était cependant déjà retrouvé d'une manière plus générale dans le rapport d'Human Rights Watch que les surveillants manquaient de formation en termes de santé mentale et notamment sur les troubles psychotiques, ce qui participait fortement au manque de repérage de ces troubles en détention [75]. Dans notre étude, ce manque de formation est également pointé par les répondants mais certains d'entre eux indiquent aussi que de telles formations sont déjà mises en place dans certains établissements pénitentiaires et apportent une amélioration dans le parcours de soins. Les répondants mettent cependant l'accent sur la nécessité de bien garder une distinction des rôles entre professionnels du milieu pénitentiaire et professionnels de santé, afin d'éviter tout glissement de compétences qui pourrait être préjudiciable aux patients si des surveillants pensaient pouvoir les prendre en charge seuls. On retrouve donc une certaine ambivalence entre la volonté de mieux travailler ensemble et de voir les surveillants pénitentiaires acquérir des compétences psychiatriques et celle de définir et respecter les places de chacun dans ce milieu carcéral où administration pénitentiaire et soignants peuvent parfois avoir des objectifs contradictoires, comme la mise en sécurité d'un côté et le soin de l'autre.

La question de l'intérêt du repérage des troubles en amont de l'incarcération avait elle aussi déjà été évoquée dans la littérature avec une étude qui constatait un nombre croissant de personnes détenues présentant un trouble psychiatrique et le mettait en partie en lien avec le fonctionnement de la justice et des expertises psychiatriques [62]. La première étape du parcours carcéral d'un détenu est souvent la garde à vue juste après l'arrestation. Au cours de cette garde à vue, une évaluation psychiatrique peut être demandée sur réquisition de l'autorité judiciaire en cas d'éléments

d'inquiétude de la part des forces de l'ordre. Cet examen représente un enjeu de soins car si un trouble psychiatrique décompensé est constaté, le médecin peut déclarer que la personne est inapte à poursuivre la garde à vue et/ou à être incarcérée et elle sera alors orientée vers une structure de soins, avec l'obligation de reprendre le parcours judiciaire là où il en était, une fois l'état clinique stabilisé. Il comporte aussi un enjeu judiciaire car l'autorité requérante peut poser la question de la responsabilité pénale au médecin réquisitionné afin d'accélérer les démarches. Celui-ci n'est pas obligé d'y répondre, mais son examen juste après les faits peut être utile à un expert psychiatre qui serait mandaté plus tard.

L'expertise psychiatrique a, quant à elle, un rôle uniquement judiciaire, en répondant à la question de la responsabilité pénale et de la dangerosité de la personne accusée. Dans des affaires graves, cette expertise peut être demandée dès le stade de la garde à vue. La plupart du temps, elle semble réalisée plus tard dans le parcours judiciaire ce qui conduit l'accusé à être incarcéré, parfois longtemps, dans l'attente de son jugement.

Cette évaluation psychiatrique en garde à vue, plus ou moins suivie d'une expertise, a une importance majeure pour une personne qui présenterait un premier épisode psychotique car elle peut décider de son orientation immédiate vers une hospitalisation en psychiatrie et donc d'une prise en charge rapide des troubles.

Certains de nos répondants parlent du manque d'accès à ces évaluations psychiatriques en garde à vue dans la région. Ils pointent aussi des idées reçues de certains magistrats qui pensent qu'une personne présentant des troubles psychiatriques aurait plus rapidement accès aux soins en détention avec une surveillance et un suivi plus rapprochés qu'en milieu extérieur. Les répondants

expliquent qu'en effet le suivi psychiatrique en détention peut parfois être plus rapproché à l'unité sanitaire qu'en CMP au vu du nombre inférieur de patients dans la file active. Mais ils soulignent surtout que les conditions de vie anxiogènes du milieu carcéral et les difficultés d'accès au reste de l'offre de soins (examens complémentaires, hospitalisation) ainsi que l'impossibilité d'observer les patients dans leur quotidien du fait de leur isolement en cellule ont un impact bien plus négatif sur la prise en charge. Selon eux, le manque d'évaluation psychiatrique en garde à vue et ces idées reçues des magistrats mènent à des incarcérations inappropriées de personnes présentant notamment un PEP qui auraient dû bénéficier d'une hospitalisation et d'une prise en charge psychiatrique rapide plutôt que d'être incarcérées.

En lien avec le repérage des troubles, les répondants identifient dans leurs réponses plusieurs facteurs de risque connus de PEP retrouvés chez les détenus, notamment la précarité socio-économique ou la consommation de toxique et en particulier de cannabis [6,19,20,54]. Ils rapportent également des facteurs de risque spécifiques à la détention avec tout d'abord l'incarcération en elle-même, la promiscuité en lien avec le nombre de détenus par cellule et les tensions possibles avec eux.

Un autre facteur retrouvé dans la littérature comme associé au diagnostic de PEP en détention est le sexe masculin [68], on notera que dans notre étude il n'a pas été abordé directement par les répondants mais qu'ils ont pour la grande majorité parlé des patients présentant un PEP comme étant des hommes et qu'un seul d'entre eux a évoqué la situation d'une femme incarcérée présentant un PEP. Ceci peut s'expliquer par la surreprésentation des hommes en milieu carcéral : en effet

seulement 3,7% des personnes détenues françaises sont des femmes [49]. On peut supposer que la plupart des répondants n'ont effectivement pas rencontré de telle situation dans leur carrière.

Concernant la démarche diagnostique, elle est similaire à celle retrouvée en milieu extérieur avec cependant des difficultés d'accès aux examens complémentaires.

On peut toutefois noter qu'aucun répondant n'indique utiliser d'échelle d'évaluation diagnostique comme celles citées dans les différentes études concernant la prise en charge du PEP en milieu extérieur avec notamment la CAARMS dont la version française a été validée [2,16]. Un des répondants indique spécifiquement ne pas utiliser d'échelle diagnostique mais plutôt se baser sur son évaluation clinique. Les répondants évoquent peu la notion d'états mentaux à risque (ARMS) ou à ultra haut risque (UHR) comme décrits dans la littérature [1,2,11,14]. On peut supposer que le fait de ne pas utiliser ces outils est lié à un manque de formation spécifique à leur utilisation (des formations à l'utilisation de la CAARMS sont proposées par le dispositif PPPEP48 sur le territoire du Nord et du Pas-de-Calais mais les psychiatres en détention n'ont peut-être pas fait l'objet d'un ciblage spécifique) ou bien que ces outils ne sont pas adaptés ni étudiés pour être utilisés en milieu carcéral, notamment au vu d'un temps trop long nécessaire pour la passation de ces échelles par exemple.

La nécessité de l'initiation rapide d'un traitement antipsychotique décrite par les répondants est en accord avec les recommandations internationales sur la prise en charge du PEP. Ces recommandations détaillent le type d'antipsychotique à utiliser et la cinétique d'introduction qui n'ont pas été mentionnés ici par les répondants [37,38].

A propos des indications d'hospitalisation, on n'observe pas de consensus parmi les répondants, certains indiquant préférer essayer une prise en charge ambulatoire si l'état clinique et les moyens disponibles le permettent dans le but de favoriser l'alliance thérapeutique et d'éviter une hospitalisation qui pourrait être traumatisante pour le patient, alors que d'autres expliquent la nécessité d'une hospitalisation dans tous les cas pour un PEP car les conditions de détention ne permettraient pas une prise en charge adaptée en ambulatoire à cause des multiples facteurs de stress qui ne seraient pas contrôlables. On voit donc ici un effet de la double stigmatisation dont peut souffrir un patient détenu, avec la détention comme le lieu d'hospitalisation qui semblent être inadaptés à sa prise en charge et occasionner un vécu traumatique. Cette ambivalence se retrouve également dans la littérature sur la prise en charge du PEP en milieu extérieur [1], à la différence que selon les recommandations internationales l'hospitalisation pour un PEP devrait être de durée courte [37] alors que pour les répondants, si un détenu doit être hospitalisé pour un PEP, cette hospitalisation sera plutôt longue si elle est possible à l'UHSA, les hospitalisations courtes sur secteur étant plutôt perçues comme peu adaptées et peu efficaces. Cette différence peut s'expliquer par le fait qu'en milieu extérieur, les soins ambulatoires peuvent être privilégiés car ils ont l'avantage de pouvoir s'appuyer sur l'entourage et sur les projets de réinsertion socioprofessionnelle rapide du patient. Au contraire, en milieu carcéral, les soins ambulatoires sont plutôt associés à des facteurs de stress supplémentaires comme la stigmatisation des autres détenus ou du personnel pénitentiaire ou l'exposition aux toxiques. Ces facteurs peuvent être mieux contrôlés en hospitalisation pour un patient détenu, alors qu'en ambulatoire ils ne permettent pas les bénéfices du travail de réhabilitation qu'on peut retrouver en milieu extérieur. On peut également se poser la question d'un état clinique plus grave chez les patients

détenus, du fait des facteurs de risque liés à la détention ou de comorbidités, qui entraînerait la nécessité d'une hospitalisation plus longue.

Pour la suite de la prise en charge, les soins de réhabilitation psychosociale et de remédiation cognitive ne sont presque pas abordés spontanément par les participants à l'étude, la plupart mettant en avant que ces soins ne sont que peu voire pas du tout accessibles en détention lorsqu'on leur pose une question à ce sujet. Ils ont conscience de leur nécessité et de leur impact sur le pronostic des patients [1,15,40–42] mais déplorent ici un frein majeur dans la prise en charge lié à la détention. Pour la plupart des répondants, la prise en charge non pharmacologique du PEP en détention se limite à de l'éducation thérapeutique du patient sur son trouble et le traitement, au cours du suivi psychiatrique à l'unité sanitaire ou parfois au sein d'ateliers dédiés au CATTTP, au SMPR ou à l'UHSA.

Les répondants ont ensuite évoqué les nombreuses contraintes du travail en milieu pénitentiaire.

Les principales limitations mises en avant sont celles de l'accès aux examens complémentaires et aux hospitalisations, liées à un manque de places disponibles et aux contraintes des escortes pénitentiaires. Les répondants pointent aussi le manque de personnel soignant dans les unités sanitaires et notamment de psychiatres comme un facteur limitant de la fluidité du parcours de soins, entraînant un risque de rupture de suivi et de perte d'information.

On retrouve notamment une hétérogénéité dans l'accès à une hospitalisation à l'UHSA en fonction de la distance géographique de l'établissement pénitentiaire. Cette donnée était retrouvée dans une étude observationnelle de 2020 portant sur l'accès aux soins et aux hospitalisations en psychiatrie dans les prisons du Nord de la France, qui ne retrouvait en revanche pas de lien entre la distance entre l'établissement et l'UHSA et le nombre total d'hospitalisations, à l'UHSA ou sur secteur de psychiatrie générale. Cette étude pointait également le manque de professionnels de santé dans les établissements pénitentiaires avec 40% de postes de psychiatres non pourvus en 2020 dans les unités sanitaires des établissements étudiés, ce qui est également un des facteurs mis en avant par les répondants dans les limites de l'accès aux soins en détention [76].

Ces éléments étaient aussi retrouvés à l'échelle nationale dans le rapport d'Human Rights Watch de 2016 qui mettait en avant l'inégalité de l'accès aux soins des personnes détenues en fonction de la dotation en psychiatres de l'établissement pénitentiaire qui les accueille et de la distance de celui-ci avec une UHSA [75]. Une étude de Fovet et al. montrait en effet une différence importante entre les départements où une UHSA était implantée dans lesquels 92% des hospitalisations de détenus avaient lieu à l'UHSA, contre seulement 33% des hospitalisations dans les départements sans UHSA [60].

Les répondants indiquent en effet pour la plupart préférer une hospitalisation à l'UHSA pour un PEP car ils trouvent que c'est le lieu le plus adapté pour l'évaluation clinique et la prise en charge thérapeutique qui peut être parfois longue. Mais ils décrivent aussi la nécessité d'hospitalisation rapide dans les situations avec une symptomatologie bruyante, menant à des hospitalisations sur secteur dans le cas, décrit comme très

fréquent, où il n'y a pas de place ou d'escorte disponible dans l'immédiat pour une admission à l'UHSA. Là encore, il y a une hétérogénéité décrite dans les conditions d'hospitalisation sur secteur. Certains sites d'hospitalisation sont décrits comme adaptés, accueillant le patient détenu comme n'importe quel autre patient. Mais certains autres services sont décrits comme ayant des conditions d'hospitalisation inadaptées voire délétères pour la prise en charge du patient et le travail d'alliance thérapeutique avec notamment des mesures d'isolement et/ou de contention systématiques pour tous les détenus et des durées d'hospitalisation trop courtes pour une prise en charge satisfaisante. Ces éléments sont également décrits dans les études portant sur le sujet de l'hospitalisation en psychiatrie des personnes détenues [60,75].

On note cependant que ces propos sont plus nuancés chez les psychiatres interrogés exerçant à la fois en établissement pénitentiaire et en secteur de psychiatrie. Ceux-ci mettent plutôt en avant l'aspect sécuritaire de ces conditions d'hospitalisation, avec pour but premier de limiter le risque d'évasion, alors que les autres psychiatres les voient plutôt comme des marques de stigmatisation et/ou de peur vis-à-vis de la personne détenue. On voit donc que les interprétations peuvent être différentes en fonction de la connaissance qu'a le psychiatre du milieu carcéral et des conditions de travail en psychiatrie de secteur.

Au sujet des conditions d'hospitalisation et de surveillance des personnes détenues sur secteur de psychiatrie générale, les répondants ne décrivent pas de cadre légal précis, certains évoquent seulement un groupe de travail ayant été mis en place par l'ARS qui avait indiqué que les mesures d'isolement et/ou de contention devaient être

mises en place pour un patient détenu uniquement si elles étaient cliniquement justifiées. Nous avons donc recherché, avec l'aide de la cellule juridique d'un EPSM de la région, s'il existait une législation encadrant ces hospitalisations aux conditions particulières. Mais les textes de loi évoquant ce sujet semblent peu précis. Le Code de procédure pénale dans sa partie relative aux hospitalisations des détenus possédait seulement un article abrogé en 2022 qui indiquait que les détenus hospitalisés en établissement psychiatrique habilité ne nécessitaient pas de garde statique par un personnel pénitentiaire ou des forces de l'ordre, sans nouvel article retrouvé à ce sujet [77]. Le Code de la santé publique indique lui que les mêmes réglementations que pour tout patient sont applicables aux détenus hospitalisés en raison de leurs troubles mentaux « sous réserve des restrictions rendues nécessaires par leur qualité de détenu », sans plus de précisions sur lesdites restrictions [78]. On comprend donc que ce flou juridique participe à cette hétérogénéité de conditions d'accueil sur secteur qui, pour les psychiatres interrogés, peut être fortement préjudiciable à un patient détenu présentant un PEP car possiblement traumatisantes, ainsi qu'au pronostic à long terme de sa pathologie car à fort risque de rupture thérapeutique dans les suites du parcours de soins [75].

Les réponses de certains participants indiquent cependant qu'il semble bien exister également des éléments de stigmatisation à l'origine de ces réticences et de ces conditions d'accueil des personnes détenues car elles précisent que lorsqu'un travail de communication et d'échange de pratique est effectué entre les professionnels des unités sanitaires et des services de psychiatrie de secteur, on aboutit à une modification des pratiques avec une diminution des mesures de restriction sécuritaires et une prise en charge plus complète du trouble présenté lors des hospitalisations sur

secteur. On peut noter ici que ces initiatives sont rapportées par des psychiatres exerçant uniquement en détention par rapport aux psychiatres exerçant également en secteur. On peut supposer que les soignants les plus isolés du parcours de soins global du patient sont aussi ceux qui sont le plus en demande de créer du lien avec les secteurs et donc ceux qui y mettent le plus de moyens.

Pour finir, un des points importants des résultats de notre étude est celui des perspectives proposées par les répondants quant à la fluidification du parcours de soins d'un détenu présentant un PEP, avec notamment la notion de *case management* au niveau régional des cas de PEP en détention et celle d'intégration dans le parcours de soins global sur secteur pour limiter les ruptures de suivi à l'entrée et à la sortie d'incarcération, qui sont deux périodes clés dans le parcours de vie et de soins d'une personne. Ces changements doivent se baser selon les répondants sur une amélioration de la communication entre les différents intervenants auprès du patient détenu aux différents moments de son parcours. Il semble en effet pour l'instant plus facile de faire levier sur ce point que sur les difficultés d'accès aux soins liées aux conditions de détention, dont la modification demanderait un changement beaucoup plus profond de ces deux institutions majeures que sont le système pénitentiaire et le système de santé en France.

On constate donc que les résultats de notre étude retrouvent des éléments comparables aux données de la littérature sur l'épidémiologie et les facteurs de risque du PEP en détention mais qu'ils apportent des éléments nouveaux sur les aspects pratiques du repérage et de la prise en charge de ce trouble. On peut aussi noter qu'ils

intègrent en plus les différents enjeux organisationnels et relationnels impliquant les principaux intervenants que sont l'administration pénitentiaire, les soignants des unités sanitaires, l'UHSA et les secteurs de psychiatrie.

3 Points forts et limites de l'étude

Notre étude propose un abord qualitatif original sur un sujet encore peu étudié et en permet donc une première approche avec le recueil de l'expérience de professionnels de terrain qui a permis la composition d'un matériel d'étude au contenu varié et riche en informations et propositions. En effet, notre revue de littérature montre qu'il y a de plus en plus d'études portant sur le premier épisode psychotique au niveau national et international ainsi que d'autres portant sur les soins psychiatriques en milieu carcéral et notamment la question de leur accessibilité mais que très peu explorent conjointement ces deux parties. Cette analyse qualitative présentant le ressenti des professionnels de santé au sujet de la prise en charge actuelle du PEP en détention est donc un angle intéressant pour commencer à s'y atteler, et elle a pu être faite auprès d'un échantillon assez complet des différents établissements pénitentiaires de la région des Hauts-de-France.

Notre étude présente un certain nombre de limites. Tout d'abord, il aurait pu être intéressant d'élargir le champ des personnes interrogées à d'autres soignants en détention, par exemple aux infirmiers pour explorer comment ils peuvent adapter leur prise en charge au quotidien en fonction des troubles présentés, ou à des soignants des sites d'hospitalisation pour aborder plus finement les conditions d'hospitalisation,

qui n'ont finalement été racontées que par les soignants des unités sanitaires, avec tous les biais d'interprétation que cela peut comporter.

En ce qui concerne le questionnaire, il est apparu en cours d'analyse du verbatim que certaines questions pouvaient manquer. En effet, des thèmes étaient abordés par certains participants mais pas par d'autres, comme celui de la gestion des toxiques en détention et de son impact possible sur un PEP. Ajouter une question spécifique sur ce sujet aurait pu permettre de recueillir un panel plus large d'avis sur cet élément.

De même, il est apparu que la prise en charge des femmes incarcérées présentant un PEP n'était pas évoquée spontanément, nous aurions donc pu rajouter une question spécifique à ce sujet comme nous l'avons fait pour le cas des mineurs incarcérés. Cette lacune peut en effet entraîner un manque d'informations importantes et pertinentes sur ces situations particulières.

Enfin, un effort a été réalisé pour garder une démarche réflexive sur notre sujet et notre abord de la question avec des échanges fréquents avec des pairs et la tenue d'un journal de bord. Cette démarche réflexive aurait cependant pu être incrémentée d'une analyse croisée avec un autre chercheur qui aurait pu permettre de faire face aux éventuels biais d'interprétation.

4 Perspectives

A l'issue de cette étude, on a pu repérer plusieurs points qui nécessiteraient d'autres types d'investigations sur le sujet.

Tout d'abord, lorsque les répondants évoquent l'intérêt de mettre en place une organisation des soins spécifiques au PEP en lien avec le secteur de psychiatrie générale et se basant sur le *case management*, ils indiquent tout de même que si le nombre de PEP en détention est trop faible, ce projet pourrait finalement ne pas présenter d'intérêt majeur ou ne serait pas réalisable concrètement. Ils se posent donc la question de l'épidémiologie du PEP en milieu carcéral dans la région. En effet, dans la région du Nord de la France, une étude décrit par exemple la prévalence des symptômes psychotiques chez les personnes entrant en détention [79], mais aucune ne semble préciser la prévalence du diagnostic de PEP ou des états à risque de décompensation psychotique spécifiquement. Il pourrait donc être intéressant de mener une étude quantitative à ce sujet dans la même région afin de mettre en parallèle la demande des soignants quant à la fluidification du parcours de soins et la demande des patients représentée par le nombre de cas concernés.

Dans la même idée, il serait utile de mener ce type d'étude plus spécifiquement sur le cas des mineurs incarcérés, le PEP concernant majoritairement des sujets jeunes [8]. S'il semble nécessaire et possible de mettre en place des projets de soins particuliers pour ces patients, d'autres études d'évaluation de l'efficacité de ces prises en charge pourraient ainsi être menées par la suite.

Concernant la prise en charge du PEP en détention, il pourrait être intéressant d'étudier la pertinence ou l'adaptation nécessaire d'outils comme la CAARMS pour l'évaluation diagnostique des états prodromaux et du PEP au vu de leur faible utilisation constatée.

Une étude du même type que la nôtre mais présentant un abord comparatif avec des soignants des sites d'hospitalisation (à l'UHSA et en secteur) pourrait aussi permettre d'aborder plus finement les conditions et les enjeux de l'hospitalisation des détenus présentant un PEP.

Il pourrait également être intéressant de réaliser une étude croisée auprès des professionnels de l'administration pénitentiaire pour recueillir leur représentation des troubles psychiatriques, et pourquoi pas en particulier du premier épisode psychotique, ainsi que la vision qu'ils peuvent avoir du parcours de soins des détenus, s'ils estiment qu'il serait nécessaire de le modifier et si oui en quoi il pourrait l'être. Une étude sociologique datant de 2003 évoquait ce sujet mais plutôt sous l'angle de la répartition des tâches entre soignants et surveillants pénitentiaires et des tensions qui pouvaient en découler mais ce sujet pourrait bénéficier d'une actualisation après l'évolution du fonctionnement des unités sanitaires et le développement de la psychiatrie carcérale avec la création des UHSA par exemple [80].

Enfin, interroger directement les usagers détenus au sujet du parcours de soins en détention permettrait un recueil d'informations nécessaires pour l'élaboration d'axes d'amélioration.

En plus de ces pistes de recherche, notre étude permet déjà de suggérer des projets d'optimisation de la prise en charge du premier épisode psychotique en milieu carcéral. Ceux-ci pourraient passer par une extension du travail de communication et d'échange de pratique qui a déjà été réalisé avec certains secteurs de psychiatrie à tous les

secteurs de la région, qui pourrait par exemple être basée sur un échange de formations portant sur la prise en charge du PEP pour les intervenants en détention (soignants comme professionnels pénitentiaires) et sur la prise en charge des détenus pour les soignants de secteur. Ce travail pourrait à la fois améliorer les connaissances théoriques et les pratiques des différents intervenants sur le sujet de la prise en charge d'un détenu présentant un PEP mais aussi favoriser la connaissance des différents acteurs entre eux et ainsi participer à une déstigmatisation bilatérale, du milieu carcéral et de celui de la santé mentale.

Un programme spécifique de coordination de la prise en charge des PEP en détention pourrait aussi voir le jour avec par exemple la mise en place d'un *case manager* au niveau régional, ayant un rôle de référence pour les patients mais aussi de soutien logistique pour les soignants en aidant par exemple au relais de soins aux différents moments clés du parcours carcéral (information au *case manager* carcéral par les soignants du secteur s'ils apprennent qu'un de leur patient suivi pour PEP est incarcéré, relais avec un *case manager* de secteur à la sortie de détention ...).

Ce rôle pourrait parfaitement s'intégrer dans des projets déjà existants et visant aussi à la fluidification du parcours de soin des détenus comme le projet Diligens qui vise à mieux orienter les patients vers une hospitalisation complète, de jour ou un suivi ambulatoire ou comme l'EMOT qui vise à accompagner le relais de soins vers le secteur à la sortie de détention. Actuellement, le dispositif Diligens ne travaille pas forcément sur le lien avec les secteurs, cet élément serait impératif dans le cas de la prise en charge du PEP.

Enfin, des aménagements plus logistiques seraient nécessaires à une optimisation du parcours de soins pour combler le manque de moyens à disposition à la fois en ambulatoire et en hospitalier. Cela pourrait passer par un travail sur l'attractivité des postes de psychiatre en détention pour favoriser leur recrutement, accompagné d'un meilleur aménagement des locaux des unités sanitaires pour permettre d'accueillir plus de soignants et donc de renforcer l'offre de soins ambulatoires, mais aussi par une augmentation du nombre de places d'hospitalisation à l'UHSA ou au moins une facilitation de l'accès pour les établissements pénitentiaires les plus éloignés.

Conclusion

Le premier épisode psychotique représente un enjeu majeur des soins psychiatriques en milieu carcéral. Ce milieu expose en effet à de nombreux facteurs de stress qui lui sont propres et favorisent l'apparition ou la majoration de nombreux troubles psychiatriques. Ces troubles psychiatriques sont surreprésentés d'une manière générale dans la population carcérale et ces facteurs de stress peuvent donc en particulier concerner le PEP, dont la prise en charge a un impact majeur sur le pronostic et peut conditionner ou non son évolution vers une pathologie chronique comme la schizophrénie ou le trouble bipolaire. Les conditions d'exercice de la psychiatrie en milieu carcéral possèdent également de nombreuses particularités en lien avec les contraintes liées à la coopération autologique avec l'administration pénitentiaire.

Nous avons réalisé une étude qualitative portant sur la prise en charge du PEP en milieu carcéral, en interrogeant des psychiatres exerçant dans des établissements pénitentiaires de la région des Hauts-de-France.

Il apparaît dans notre étude que l'enjeu le plus important est celui de la fluidification du parcours de soins pour permettre un accès plus rapide aux examens complémentaires et à une hospitalisation, limiter la perte d'information à l'entrée et à la sortie d'incarcération mais aussi d'hospitalisation, et permettre un repérage plus rapide des troubles, notamment avant l'incarcération s'ils sont déjà présents, pour orienter plus précocement vers une prise en charge adaptée. Cette fluidification du parcours doit passer par une amélioration de la communication entre les différents intervenants que

sont les soignants du milieu carcéral, l'administration pénitentiaire et les soignants du milieu extérieur, qui pourrait aboutir à l'avenir à l'intégration complète du parcours de soins carcéral au parcours de soins global du patient pour limiter les ruptures thérapeutiques à risque d'évolution chronique des troubles pour le patient.

Liste des tables

Tableau 1 : Caractéristiques socio-professionnelles de la population	47
--	----

Liste des figures

Figure 1 : Modèle évolutif de l'apparition des troubles psychotiques (d'après Krebs M-O, Canceil O. Détection précoce des troubles psychotiques : enjeux de la mise en place d'un réseau de soins [18])	14
Figure 2 : Carte des établissements pénitentiaires des Hauts-de-France (d'après la section française de l'Observatoire International des Prisons [51])	29
Figure 3 : Organisation des soins en milieu carcéral (d'après le guide méthodologique "prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice" 2019, Ministère de la justice [55])	32
Figure 4 : Etat des lieux du parcours de soins d'un détenu présentant un premier épisode psychotique	64

Références

- [1] Krebs M-O, Lejuste F, Martinez G. [Specific treatment of the first psychotic episodes]. *L'Encephale* 2018;44:S17–20. [https://doi.org/10.1016/S0013-7006\(19\)30073-9](https://doi.org/10.1016/S0013-7006(19)30073-9).
- [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* 2013;70:107. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.269>.
- [3] Schizophrénie et troubles apparentés. Édition Prof Man MSD n.d. <https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-psychiatriques/schizophrénie-et-troubles-apparentés> (accessed July 23, 2024).
- [4] Souaiby L, Gaillard R, Krebs M-O. [Duration of untreated psychosis: A state-of-the-art review and critical analysis]. *L'Encephale* 2016;42:361–6. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2015.09.007>.
- [5] 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* 2018;75:36. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.3554>.
- [6] Tournier M. [First-episodes psychosis: clinical and epidemiological news]. *L'Encephale* 2013;39 Suppl 2:S74-78. [https://doi.org/10.1016/S0013-7006\(13\)70099-X](https://doi.org/10.1016/S0013-7006(13)70099-X).
- [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* 2012;42:2255–64. <https://doi.org/10.1017/S0033291712000335>.
- [8] 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* 2017;174:143–53. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.16010103>.
- [9] 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;2012:916198. <https://doi.org/10.1155/2012/916198>.
- [10] Krebs M-O. *Signes précoces de schizophrénie*. DUNOD. 2015.
- [11] Saoud M, Brunelin J, D'Amato T. [Early symptoms: vulnerability or prodrome]. *L'Encephale* 2007;33 Pt 3:S408-414. [https://doi.org/10.1016/S0013-7006\(07\)74592-X](https://doi.org/10.1016/S0013-7006(07)74592-X).

- [12] Bourgou Gaha S, Halayem Dhouib S, Amado I, Bouden A. [Neurological soft signs in early onset schizophrenia]. *L'Encephale* 2015;41:209–14. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2014.01.005>.
- [13] Jardri R. [Brain imaging of first-episode psychosis]. *L'Encephale* 2013;39 Suppl 2:S93-98. [https://doi.org/10.1016/S0013-7006\(13\)70102-7](https://doi.org/10.1016/S0013-7006(13)70102-7).
- [14] Teyssier J-R. [Prodromes of schizophrenia: consensus or confusion?]. *L'Encephale* 2013;39 Suppl 1:S1-7. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2012.11.002>.
- [15] Hamdan M, Lecardeur L, Habert M, Okassa M, Lacroix A, Calvet B. Staging's determinants in early intervention youth: a retrospective study. *L'Encephale* 2023;S0013-7006(23)00179-3. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2023.08.015>.
- [16] Krebs M-O, Magaud E, Willard D, Elkhazen C, Chauchot F, Gut A, et al. [Assessment of mental states at risk of psychotic transition: validation of the French version of the CAARMS]. *L'Encephale* 2014;40:447–56. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2013.12.003>.
- [17] Michel C, Toffel E, Schmidt SJ, Eliez S, Armando M, Solida-Tozzi A, et al. [Detection and early treatment of subjects at high risk of clinical psychosis: Definitions and recommendations]. *L'Encephale* 2017;43:292–7. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2017.01.005>.
- [18] Krebs M-O, Canceil O. Détection précoce des troubles psychotiques : enjeux de la mise en place d'un réseau de soins. *Rev Francaise Aff Soc* 2004;91–102.
- [19] Murray RM, Mondelli V, Stilo SA, Trotta A, Sideli 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* 2020;225:63–8. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.01.011>.
- [20] Heinz A, Deserno L, Reininghaus U. Urbanicity, social adversity and psychosis. *World Psychiatry Off J World Psychiatr Assoc WPA* 2013;12:187–97. <https://doi.org/10.1002/wps.20056>.
- [21] 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* 2014;44:2713–26. <https://doi.org/10.1017/S0033291714000282>.
- [22] INSERM. Dossiers d'information - Schizophrénie - [Internet]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/schizophrénie> n.d.
- [23] 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* 2012;139:116–28. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2012.05.007>.
- [24] 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 J Ment Sci* 2017;211:350–8. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.117.201475>.

- [25] Catalan A, Richter A, Salazar de Pablo G, Vaquerizo-Serrano J, Mancebo G, Pedruzo B, et al. Proportion and predictors of remission and recovery in first-episode psychosis: Systematic review and meta-analysis. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr* 2021;64:e69. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.2246>.
- [26] Friis S, Melle I, Johannessen JO, Rössberg JI, Barder HE, Evensen JH, et al. Early Predictors of Ten-Year Course in First-Episode Psychosis. *Psychiatr Serv Wash DC* 2016;67:438–43. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400558>.
- [27] 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* 2018;197:9–18. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.11.010>.
- [28] Lambert M, Conus P, Lambert T, McGorry PD. Pharmacotherapy of first-episode psychosis. *Expert Opin Pharmacother* 2003;4:717–50. <https://doi.org/10.1517/14656566.4.5.717>.
- [29] 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* 2005;162:1785–804. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.10.1785>.
- [30] 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* 2008;42:982–90. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2007.12.001>.
- [31] 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* 2018;195:529–33. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.08.058>.
- [32] Morgan C, Abdul-AI R, Lappin JM, Jones P, Fearon P, Leese M, et al. Clinical and social determinants of duration of untreated psychosis in the AESOP first-episode psychosis study. *Br J Psychiatry J Ment Sci* 2006;189:446–52. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.021303>.
- [33] 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* 2013;148:93–8. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.05.011>.
- [34] 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 Wash DC* 2009;60:1489–94. <https://doi.org/10.1176/ps.2009.60.11.1489>.
- [35] Birnbaum ML, Wan CR, Broussard B, Compton MT. Associations between duration of untreated psychosis and domains of positive and negative symptoms. *Early Interv Psychiatry* 2017;11:375–82. <https://doi.org/10.1111/eip.12256>.

- [36] Burns JK. Cannabis use and duration of untreated psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Curr Pharm Des* 2012;18:5093–104. <https://doi.org/10.2174/138161212802884672>.
- [37] Introduction | Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management | Guidance | NICE 2014. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/chapter/Introduction> (accessed July 6, 2024).
- [38] Early Psychosis Guidelines Writing Group, EPPIC National Support Program. Australian Clinical Guidelines for Early Psychosis, 2nd ed., Melbourne : Orygen, The National Centre of Excellence in Youth Mental Health; 2016 2016.
- [39] ALD n° 23 - Schizophrénies. Haute Aut Santé n.d. https://www.has-sante.fr/jcms/c_565630/fr/ald-n-23-schizophrenies (accessed July 11, 2024).
- [40] Vidailhet P. [First-episode psychosis, cognitive difficulties and remediation]. *L'Encephale* 2013;39 Suppl 2:S83-92. [https://doi.org/10.1016/S0013-7006\(13\)70101-5](https://doi.org/10.1016/S0013-7006(13)70101-5).
- [41] Pothier W, Lecomte T, Cellard C, Delfosse C, Fortier S, Corbière M. [Issues Surrounding Work and School Reintegration for People in the Early Stages of a Psychotic Disorder]. *Sante Ment Que* 2021;46:161–87.
- [42] Thibaudeau E, Raucher-Chéné D, Lecardeur L, Cellard C, Lepage M, Lecomte T. Les interventions psychosociales destinées aux personnes composant avec un premier épisode psychotique : une revue narrative et critique. *Santé Ment Au Qué* 2021;46:217. <https://doi.org/10.7202/1088184ar>.
- [43] Morin M-H, Bergeron A-S, Levasseur MA, Iyer SN, Roy M-A. [Family Approaches in Early Intervention: Benchmarks to Guide Intervention and Support Families in First Episode Psychosis Programs (FEPP)]. *Sante Ment Que* 2021;46:139–59.
- [44] Montreuil TC, Cassidy CM, Rabinovitch M, Pawliuk N, Schmitz N, Joober R, et al. Case manager- and patient-rated alliance as a predictor of medication adherence in first-episode psychosis. *J Clin Psychopharmacol* 2012;32:465–9. <https://doi.org/10.1097/JCP.0b013e31825d3763>.
- [45] Chua YC, Tang C, Abdin E, Vaingankar JA, Shahwan S, Cetty L, et al. Therapeutic alliance with case managers in first-episode psychosis. *Asian J Psychiatry* 2022;72:103122. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2022.103122>.
- [46] Pelizza L, Maestri D, Leuci E, Quattrone E, Azzali S, Paulillo G, et al. Association between case management and longitudinal decrease in negative symptoms in patients with first episode psychosis: A 2-year follow-up. *Early Interv Psychiatry* 2022;16:1185–91. <https://doi.org/10.1111/eip.13267>.
- [47] Gozlan G, Meunier-Cussac S, Lecardeur L, Duburcq A, Courouve L. Prise en charge précoce des premiers épisodes psychotiques en France : cartographie des programmes spécialisés en 2017. *Inf Psychiatr* 2018;94:393–401.
- [48] Projet PEP48 n.d. <https://www.psychiaclic.fr/projet-pep48> (accessed July 11, 2024).

- [49] Ministère de la Justice, Direction de l'administration pénitentiaire. Statistiques des personnes écrouées en France - décembre 2023 n.d.
- [50] La prise en charge en détention | Ministère de la justice 2022. <https://www.justice.gouv.fr/justice-france/prise-charge-personnes-condamnees-ou-prevenues/prise-charge-detention> (accessed July 12, 2024).
- [51] Prisons OI des. Carte des établissements. oip.org n.d. <https://oip.org/sinformer/etablissements/> (accessed August 14, 2024).
- [52] Les personnels pénitentiaires | Ministère de la justice 2022. <https://www.justice.gouv.fr/justice-france/acteurs-justice/personnels-penitentiaires> (accessed July 12, 2024).
- [53] Le suivi en milieu ouvert | Ministère de la justice 2022. <https://www.justice.gouv.fr/justice-france/prise-charge-personnes-condamnees-ou-prevenues/suivi-milieu-ouvert> (accessed July 12, 2024).
- [54] Fovet T, David M. Psychiatrie en milieu pénitentiaire. *EMC - Psychiatr* 2022;38:1–18. [https://doi.org/10.1016/S0246-1072\(21\)41504-X](https://doi.org/10.1016/S0246-1072(21)41504-X).
- [55] Guide méthodologique “prise en charge sanitaire des PPSMJ” 2019 | Ministère de la justice 2019. <https://www.justice.gouv.fr/guide-methodologique-prise-charge-sanitaire-ppsmj-2019> (accessed July 12, 2024).
- [56] 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 J Assoc Eur Psychiatr* 2020;63:e43. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.38>.
- [57] Eck M, Da Costa J, Wathelet M, Beunas C, d'Ovidio K, Moncany A-H, et al. [Prevalence of mental disorders in French prisons: A systematic review]. *L'Encephale* 2024:S0013-7006(24)00018-6. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2023.11.028>.
- [58] Fazel S, Seewald K. Severe mental illness in 33,588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. *Br J Psychiatry J Ment Sci* 2012;200:364–73. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.096370>.
- [59] Buyle-Bodin S, Aly P, Fovet T. [Prison health care for juveniles who are incarcerated in France]. *Soins Rev Ref Infirm* 2022;67:45–7. <https://doi.org/10.1016/j.soin.2022.11.010>.
- [60] 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 Wash DC* 2020;71:824–8. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900497>.
- [61] Eck M, Scouflaire T, Debien C, Amad A, Sannier O, Chan Chee C, et al. [Suicide in prison: Epidemiology and prevention]. *Presse Medicale Paris Fr* 1983 2019;48:46–54. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2018.11.009>.
- [62] Palma J. Détenus et troubles psychiatriques : la prison, un lieu pathogène ? *Inf Psychiatr* 2023;99:97–102. <https://doi.org/10.1684/ipe.2023.2550>.

- [63] Fazel S, Ramesh T, Hawton K. Suicide in prisons: an international study of prevalence and contributory factors. *Lancet Psychiatry* 2017;4:946–52. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30430-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30430-3).
- [64] 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* 2016;25:150–9. <https://doi.org/10.1017/S2045796015000062>.
- [65] Fekih-Romdhane F, Labidi A, Ridha R, Cheour M. [Assessment of mental states at risk of psychotic transition in a sample of young male prisoners in Tunisia]. *L'Encephale* 2020;46:348–55. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2019.11.013>.
- [66] 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* 2012;136:1–6. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2012.01.025>.
- [67] 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* 2012;12:100. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-100>.
- [68] 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* 2019;5:e89. <https://doi.org/10.1192/bjo.2019.74>.
- [69] Ford E. First-episode psychosis in the criminal justice system: identifying a critical intercept for early intervention. *Harv Rev Psychiatry* 2015;23:167–75. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000066>.
- [70] Large MM, Niessen O. Violence in first-episode psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Schizophr Res* 2011;125:209–20. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.11.026>.
- [71] Youn S, Guadagno BL, Byrne LK, Watson AE, Murrihy S, Cotton SM. Systematic Review and Meta-analysis: Rates of Violence During First-Episode Psychosis (FEP). *Schizophr Bull* 2024:sbae010. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbae010>.
- [72] 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* 2014;65:758–64. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300206>.
- [73] Fovet T, Thomas P, Amad A. Psychiatrie en milieu pénitentiaire : une sémiologie à part ? *Ann Méd-Psychol* 2015;173:726–30. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2015.07.033>.
- [74] Thomas P, Fovet T, Amad A. Psychiatrie en milieu pénitentiaire, entre nécessité et ambiguïté. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr* 2015;173:348–51. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2015.03.020>.
- [75] Double peine. Hum Rights Watch 2016.
- [76] Eck M, Plancke L, Horn M, Amad A, Thomas P, Fovet T. [Health care delivery and psychiatric hospitalizations in the prisons of the North of France: An

- observational study]. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2020;68:273–81. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2020.06.005>.
- [77] Article D398 - Code de procédure pénale - Légifrance n.d. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000023410936/2020-03-24 (accessed August 21, 2024).
- [78] Article L3214-2 - Code de la santé publique - Légifrance n.d. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000028016930 (accessed August 21, 2024).
- [79] Fovet T, Pignon B, Wathelet M, Benradia I, Roelandt J-L, Jardri R, et al. Admission to jail and psychotic symptoms: a study of the psychotic continuum in a sample of recently incarcerated men. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2023;58:25–34. <https://doi.org/10.1007/s00127-022-02339-2>.
- [80] Bessin M. Conflits et ajustements professionnels dans la prise en charge sanitaire des détenus. *Coop. Confl. Concurr. Dans Système Santé*, Presses de IEHESP; 2003, p. 165. <https://doi.org/10.3917/ehesp.cress.2003.01.0165>.

Annexe 1

Grille d'entretien semi-dirigé dans le cadre d'une thèse d'exercice en médecine :

Premier épisode psychotique en milieu carcéral : une étude qualitative auprès de psychiatres exerçant en milieu pénitentiaire dans les Hauts-de-France.

Timothée Petitprez, interne de psychiatrie à la faculté de médecine de Lille

Parcours du patient :

- 1. Comment se passe l'étape du diagnostic d'un PEP en milieu carcéral ?**
 - Par qui sont repérés les premiers symptômes ?
 - Quel est le délai du repérage des premiers symptômes ?
 - Quel est le délai du premier rendez-vous avec un soignant ? Et avec le psychiatre ?
- 2. Quel accès avez-vous aux examens complémentaires ?**
 - Quel bilan complémentaire est disponible sur place ?
 - Comment faites-vous pour accéder aux examens non disponibles sur place ?
- 3. Quel traitement est-il possible d'instaurer en prison dans le cadre d'un PEP ?**
- 4. Comment et à quel moment se prend la décision d'une hospitalisation ?**
 - Vers quelles structures les patients sont-ils orientés pour une hospitalisation ?
- 5. Si le patient est hospitalisé, comment se passe le retour en détention ensuite ?**
 - Quel suivi est mis en place ?
 - Quel traitement peut ou ne peut pas être poursuivi ?
 - Quelle est la prise en charge de réhabilitation ?
- 6. Quand le patient sort de détention, comment le relais est-il organisé à l'extérieur ?**

Liens avec les autres intervenants :

- 7. Actuellement, qui repère les symptômes de PEP chez les détenus ?**
 - A quelles réactions ce type de patient fait-il face en détention ?
 - Outre les professionnels de santé, d'autres acteurs sont-ils formés au repérage des symptômes ?
- 8. Quel est le rôle des autres soignants de l'unité dans le diagnostic et la prise en soins initiale d'un PEP ?**
 - Quelle participation ont-ils dans le bilan complémentaire ?
- 9. Comment se passe le contact avec les soignants extérieurs ?**

- Pour une demande d'avis ?
- Pour une demande d'examens complémentaires ?
- Pour une demande d'hospitalisation ?
- Pour une demande de relais à la sortie de détention ?

Freins et perspectives :

10. Dans l'état actuel des choses, quels sont les principaux freins que vous identifiez dans la prise en charge des patients présentant un PEP ?

11. A l'inverse, sur quels points la prise en charge des patients présentant un PEP vous semble satisfaisante à ce jour ?

- Quels changements aimeriez-vous pouvoir effectuer dans cette prise en soins ?

12. En quoi le système pénitentiaire modifie-t-il, par rapport à l'extérieur, la prise en charge d'un PEP ?

- Pour le repérage et le diagnostic d'un PEP ?
- Pour la prise en soins sur place en détention ?
- Pour un déplacement pour un examen complémentaire ou une hospitalisation ?

Annexe 2

LETTRE D'INFORMATION DESTINEE AUX PARTICIPANTS A L'ETUDE QUALITATIVE

Titre de la recherche :

Premier épisode psychotique en milieu carcéral : une étude qualitative auprès de psychiatres exerçant en milieu pénitentiaire dans les Hauts-de-France.

Madame, Monsieur,

Nous vous proposons de participer à une étude qualitative concernant la prise en soins d'un premier épisode psychotique en milieu carcéral, dans le cadre d'une thèse d'exercice en médecine d'un interne en psychiatrie à la faculté de médecine de Lille.

Cette lettre d'information vous détaille en quoi consiste cette étude.

Justification de l'étude :

Depuis quelques années se développe dans le milieu de la psychiatrie en France la question du premier épisode psychotique. Même s'il n'existe pas encore de recommandations françaises sur le sujet, des pratiques communes se mettent en place pour une optimisation du diagnostic, de la prise en soins initiale et du suivi.

D'un autre côté, on sait que l'exercice de la psychiatrie en milieu carcéral comporte des spécificités et des contraintes qui lui sont propres. Nous nous sommes posé la question des particularités de la prise en soins d'un premier épisode psychotique dans le milieu particulier qu'est le milieu carcéral.

Objectifs de l'étude :

L'objectif de l'étude est de faire un état des lieux de la prise en soins d'un premier épisode psychotique dans les différents établissements pénitentiaires de la région des Hauts-de-France, que ce soit en fonction du type d'établissement (maison d'arrêt, centre de détention, maison centrale, établissement pour mineur), du type de population (hommes, femmes, mineurs), ou encore de l'importance du dispositif de soins.

Déroulement de l'étude :

Il s'agit d'une étude qualitative ayant pour matière des entretiens semi-dirigés avec des psychiatres exerçant dans un établissement pénitentiaire des Hauts-de-France.

Vous avez été contacté afin de fixer un rendez-vous pour réaliser cet entretien, d'une durée approximative de 45 minutes.

Le travail consiste ensuite en une retranscription des entretiens et une analyse thématique inductive de ces retranscriptions, afin d'en faire émerger les idées principales.

Bénéfices de l'étude :

Nous espérons que cette étude permettra de mettre en avant les particularités de la prise en soins d'un premier épisode psychotique en milieu carcéral, et d'identifier les besoins qui pourraient exister.

Résultats :

Si vous le souhaitez, les résultats globaux de cette étude et publications seront disponibles sur simple demande auprès de l'interne ayant réalisé l'étude, ou de la Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale et Psychiatrie des Hauts de France (contact@f2rsmpsy.fr).

Confidentialité – Aspects éthiques et réglementaires :

Si vous le souhaitez, vous pouvez poser toutes les questions et avoir toutes les explications nécessaires auprès de la personne responsable : Timothée PETITPREZ, interne en psychiatrie à la faculté de médecine de Lille.

Contact : timothee.petitprez@chu-lille.fr

Votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire et vous restez libre, à tout moment, de mettre fin à votre participation.

Dans le cadre de cette recherche, un traitement de vos données personnelles sera mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de l'étude. Vos réponses restent confidentielles, c'est-à-dire qu'elles seront anonymisées et ne seront transmises qu'aux personnes impliquées dans la recherche.

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, et au règlement européen sur la protection des données personnelles (2016/679), vous disposez d'un droit d'accès et de rectification. Vous disposez également d'un droit de suppression, de limitation et de portabilité de vos données utilisées et traitées dans le cadre de cette recherche. Ces droits s'exercent auprès de la personne qui vous a proposé de participer à cette étude ou auprès du responsable du traitement, le promoteur de la recherche : Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France (F2RSM Psy) 211 rue du Général Leclerc, 59350 SAINT-ANDRE-LEZ-LILLE (contact@f2rsmpsy.fr)

L'absence de participation à l'entretien de votre part sera considérée comme une opposition, et le fait de participer à l'entretien fera quant à lui office de non-opposition de votre part et acte de consentement.

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de lire cette lettre d'information.

Annexe 3

Questionnaire socio-démographique dans le cadre d'une thèse d'exercice en médecine :

Premier épisode psychotique en milieu carcéral : une étude qualitative auprès de psychiatres exerçant en milieu pénitentiaire dans les Hauts-de-France.

Timothée Petitprez, interne de psychiatrie à la faculté de médecine de Lille

1. Informations personnelles du participant :

- Age : [] ans

- Genre :

- Femme
- Homme
- Autre

2. Depuis combien de temps exercez-vous en psychiatrie ?

[] ans

3. Depuis combien de temps exercez-vous en milieu pénitentiaire ?

[] ans

4. Quel est votre temps de travail en milieu pénitentiaire en équivalent temps plein (ETP) ?

[] ETP

5. Dans quel type d'établissement pénitentiaire exercez-vous ?

- Maison d'arrêt
- Centre de détention
- Maison centrale
- Etablissement pour mineurs

6. Quel type de population est accueillie dans l'établissement pénitentiaire où vous exercez ?

- Hommes
- Femmes
- Mineurs

7. En dehors de vous, combien de psychiatres exercent dans cet établissement pénitentiaire, en équivalent temps plein (ETP) ?

[] ETP

8. A combien estimez-vous la fréquence des premiers épisodes psychotiques dans l'établissement pénitentiaire où vous exercez, en nombre de cas par an ?

[] cas par an

9. Combien de patients sont hospitalisés par an pour ce motif (PEP) ?

[] hospitalisations par an

AUTEUR : Nom : PETITPREZ **Prénom :** Timothée

Date de Soutenance : 25/09/2024

Titre de la Thèse : Prise en soins du premier épisode psychotique en milieu carcéral : une étude qualitative auprès de psychiatres exerçant en milieu pénitentiaire dans les Hauts-de-France

Thèse - Médecine - Lille 2024

Cadre de classement : Psychiatrie de l'adulte

DES + FST ou option : Psychiatrie

Mots-clés : Premier épisode psychotique, milieu carcéral, étude qualitative

Résumé :

Contexte : Le premier épisode psychotique (PEP) se définit par l'apparition pendant une durée supérieure à 7 jours de symptômes psychotiques (1). Son diagnostic et sa prise en charge constituent un enjeu de santé public important (2). Ils font l'objet de recommandations internationales (3,4). Le PEP reste actuellement peu étudié en milieu pénitentiaire en France. Notre étude cherche à faire un état des lieux de la prise en soins du PEP en détention.

Matériel et Méthodes : Nous avons mené une étude qualitative auprès de 10 psychiatres exerçant en milieu pénitentiaire dans la région des Hauts-de-France. Le recrutement a été effectué par un échantillonnage raisonné à variation maximale. Nous avons réalisé des entretiens semi-dirigés de novembre 2023 à mars 2024 puis nous avons utilisé une méthode d'analyse thématique inductive.

Résultats : Nos résultats mettent en évidence une prise en charge hétérogène du PEP en détention, dépendant à la fois de l'alliance thérapeutique, des moyens humains et de l'accès aux soins. L'accès aux soins est lui-même dépendant de contraintes liées au milieu pénitentiaire qui peuvent impacter la fluidité du parcours de soins. Ce manque de fluidité majore le risque de rupture de soins à l'entrée en incarcération, pendant celle-ci et à la libération. Un patient présentant un PEP est fréquemment soumis à une double stigmatisation, provenant à la fois de l'administration pénitentiaire et des professionnels de santé mentale de secteur.

Conclusion : La prise en soins du premier épisode psychotique en milieu carcéral présente des spécificités avec des contraintes organisationnelles impactant à la fois le patient et les professionnels de santé. Un axe important d'amélioration des pratiques repose sur la fluidification du parcours de soins pour les patients détenus.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs : Madame le Docteur Suzanne BUYLE-BODIN

Directrice : Madame le Docteur Margot TRIMBUR