



CrossMark

## DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU

**Psychiatrie en milieu pénitentiaire : une sémiologie à part ?****Psychiatry in prison: A specific semiology?**

Thomas Fovet\*, Pierre Thomas, Ali Amad

*Unité d'hospitalisation spécialement aménagée (UHSA) Lille-Seclin, pôle de psychiatrie, université de Lille, CHU de Lille, chemin du Bois-de-l'Hôpital, 59000 Lille, France*

Disponible sur Internet le 29 août 2015

**Résumé**

Plus de dix millions de personnes sont actuellement incarcérées dans le monde. Au sein de la population carcérale, les pathologies psychiatriques apparaissent au premier plan avec une fréquence 4 à 10 fois supérieure à celle retrouvée en population générale. Au-delà des nombreuses questions éthiques et sociétales que pose ce constat, ces observations ont conduit à la mise en place de dispositifs de soins spécifiques (SMPR, UHSA). Au sein de ces structures, la pratique psychiatrique doit rester fondée sur les mêmes recommandations qu'en milieu libre et l'évaluation clinique doit reposer strictement sur les mêmes bases qu'en pratique classique. Il apparaît cependant qu'un certain nombre de spécificités apparaissent quant aux tableaux cliniques rencontrés. Ces spécificités émergent d'abord d'un « biais de sélection » aboutissant à la présence, en détention, de patients présentant un profil particulier. Ainsi, pour ce qui est de la schizophrénie et du trouble bipolaire, la prédominance d'une symptomatologie « positive », qui a pu être associée dans certains travaux à un risque majoré de passage à l'acte médico-légal, est fréquemment mise en évidence. Ces aspects spécifiques proviennent également des caractéristiques particulières du milieu carcéral qui constitue un concentré de facteurs de stress. On peut ainsi mettre en évidence une symptomatologie aspécifique, le stress pouvant générer tout type de symptomatologie psychiatrique (anxiété, insomnie, crise suicidaire, décompensation psychotique, etc.) selon le modèle stress/vulnérabilité mais également une symptomatologie plus spécifique en lien avec les particularités des facteurs de stress en prison (conditions de détention, liens avec l'administration pénitentiaire, etc.). Nous développons ici deux exemples : les passages à l'acte auto-agressifs et les idées délirantes de persécution. Il nous apparaît indispensable, pour les professionnels de santé amenés à évaluer des patients incarcérés, de bien connaître les spécificités et les contraintes d'organisation de la vie en détention, afin d'intégrer ces aspects dans une évaluation clinique rigoureuse.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

**Abstract**

Ten million people are currently incarcerated around the world. In prison, psychiatric disorders are 4 to 10 times more frequent than in the general population. Beyond the many ethical and societal issues raised by these observations, specific structures have been developed in France (SMPR, UHSA). Within these structures, psychiatric practice and clinical assessment must be based on the same recommendations as outside the prison. However, it appears that several specific clinical features are encountered. These features emerge first from a "selection bias", resulting in the presence of patients with a predominance of "positive" symptoms (particularly for bipolar disorder and schizophrenia), that has been associated with an increased risk of forensic act. The other specific clinical features of incarcerated patients come from the particular characteristics of the prison environment which is a concentrate of stressors. Nonspecific symptoms (anxiety, insomnia, suicidal thoughts, etc.), and specific symptoms related to the characteristics of the prison (detention conditions, links with the prison administration, etc.) will be highlighted. Two examples will be developed: self-harm and delusions of persecution.

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [tfovets@hotmail.fr](mailto:tfovets@hotmail.fr) (T. Fovet).

It appears essential for health professionals who evaluate incarcerated patients or working in prisons, to know the specificities and constraints of life in prison, to incorporate these aspects in a rigorous clinical evaluation.

© 2015 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

**Mots clés :** Modèle stress-vulnérabilité ; Passage à l'acte auto-agressif ; Pathologie psychiatrique ; Prison ; Sémiologie psychiatrique ; Service médico-psychologique régional ; Symptôme positif ; Unité hospitalière spécialement aménagée

**Keywords:** Stress-vulnerability model; Self harm; Forensic psychiatry; Psychiatric disorder; Jail; Clinical psychiatry; Service médico-psychologique régional; Positive symptoms; Unité hospitalière spécialement aménagée

*« Il se fait tard, très tard, bientôt le soleil et Moha n'a pas sommeil.  
Il veille les yeux vides sur le carreau aride au mur de sa minuscule cellule.*

*Une cigarette mal roulée se consume et tremble aux bouts de ses  
doigts exsangues qui semblent mourir le long de sa jambe.  
Moha ne bronche pas, les mots sont froids, leur écho se cogne aux  
parois de cette cage qu'il partage avec un rayon de lune voilée et  
quelques rats pressés, aux pas vifs et feutrés. »*

La Rumeur (Hamé/Kool. M–Soul. G). « Moha » (L'Ombre  
sur la mesure, 2002).

## I. INTRODUCTION

Au 1<sup>er</sup> avril 2015, 78 436 personnes étaient placées sous écrou en France, dont 66 761 personnes détenues (les autres bénéficiant de mesures spécifiques comme le placement sous surveillance électronique) [3]. Il s'agit d'une problématique de dimension internationale puisqu'à l'échelle de la planète, plus de 10 millions de sujets sont actuellement incarcérés.

Au sein de la population carcérale, les pathologies psychiatriques apparaissent au premier plan. Il a en effet pu être montré dans plusieurs travaux (à l'échelle nationale et internationale) que ces pathologies, de par leur fréquence (4 à 10 fois supérieures à la population générale) mais aussi leur pronostic et leurs complications, constituent un enjeu majeur de santé en milieu pénitentiaire [5–7]. Au premier rang des complications identifiées : le suicide, avec des taux bien supérieurs à ceux retrouvés en population générale en France et dans le monde [4,8].

Au-delà des nombreuses questions éthiques et sociétales que pose ce constat [26], ces observations ont conduit, en France, à la mise en place de structures de soins spécifiques : Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR) en 1986 puis, plus tard, Unités d'Hospitalisation Spécialement Aménagées (UHSA) créées en 2010 [11,25]. Actuellement, le système de soins psychiatriques pour les personnes incarcérées s'organise en unités sanitaires de trois niveaux :

- consultations et activités ambulatoires en détention;
- prises en charge à temps partiel (hôpitaux de jour en détention);
- hospitalisations à temps complet (en UHSA ou sur les secteurs de psychiatrie).

Il apparaît évident que la pratique psychiatrique au sein de ces structures doit strictement rester fondée sur les mêmes

recommandations qu'en milieu libre [9]. Ainsi, en prison, l'évaluation clinique doit reposer sur les mêmes bases qu'en pratique classique.

Cependant, lorsque l'on s'intéresse à la sémiologie psychiatrique en milieu carcéral, on peut s'interroger sur d'éventuelles spécificités cliniques émergeant de deux grandes caractéristiques :

- un biais de sélection (« filtre » de l'incarcération) aboutissant à la présence, en détention, de patients présentant un profil particulier ;
- les spécificités de l'environnement carcéral qui constitue un concentré de facteurs de stress.

## 2. BIAIS DE SÉLECTION ET FILTRE DE LA DÉTENTION

La grande majorité des personnes souffrant de pathologie psychiatrique ne commettent pas d'actes de délinquance au cours de leur vie. Par ailleurs, lorsque les sujets souffrant de troubles mentaux sont impliqués dans ce type d'actes, il est clairement établi qu'ils en sont bien plus souvent victimes plutôt qu'auteurs [21].

Cependant, une littérature scientifique abondante existe quant aux facteurs de risque de passages à l'acte médico-légaux chez ces sujets, notamment pour ceux souffrant de schizophrénie et de trouble bipolaire. Le rôle des comorbidités addictives est aujourd'hui bien montré mais d'autres pistes ont été identifiées [29]. Il convient toutefois de garder à l'esprit que les liens entre pathologies psychiatriques et actes de délinquance (violents ou non) s'avèrent extrêmement complexes et multifactoriels [1].

Si l'on s'intéresse plus particulièrement à la schizophrénie, parmi les facteurs retrouvés il faut insister sur le poids des symptômes positifs [27]. Ainsi, les idées délirantes de persécution [24], le syndrome d'influence [19] ou les hallucinations psychomotrices [23] ont pu être identifiés comme associés à un risque accru de passage à l'acte violent chez les personnes souffrant de cette pathologie.

Même si les tableaux cliniques rencontrés au cours de l'exercice de la psychiatrie en milieu carcéral sont extrêmement variés, les caractéristiques cliniques décrites ci-dessus sont donc fréquemment retrouvées chez les personnes incarcérées souffrant de schizophrénie (même si les passages à l'acte violents ne constituent pas le seul motif d'incarcération

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/314639>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/314639>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)