

Mémoire de Maîtrise en médecine N°5643

**Premier épisode psychotique en milieu carcéral :**  
L'incarcération comme déclencheur de la maladie ou comme  
révélateur et opportunité de dépistage et de traitement ?

**Etudiante**

Lauranne Chapuisat

**Tuteur**

Prof. Bruno Gravier

Chef de service du SMPP

(Service de Médecine et Psychiatrie Pénitentiaire), CHUV

**Co-tuteur**

Dr Dominique Marcot

Médecin associé du SMPP, CHUV

**Expert**

Prof. Philippe Conus

Chef du service de psychiatrie générale, CHUV

Lausanne, 11.12.2018

## Table des matières

<b>Abstract.....</b>	<b>3</b>
<b>Introduction.....</b>	<b>4</b>
Contexte .....	4
La prison, un environnement pathogène ? .....	5
Psychose et premier épisode psychotique en milieu carcéral .....	6
Psychiatrie et soin en prison .....	7
Objectifs .....	8
<b>Méthode.....</b>	<b>9</b>
Revue de littérature .....	9
Immersion dans le milieu .....	9
L'environnement carcéral : population pénitentiaire vaudoise et SMPP.....	9
Quelques définitions « juridiques » :.....	10
Rédaction du protocole et soumission à la CER-vd .....	11
Etude observationnelle rétrospective sur dossiers .....	12
Etude observationnelle prospective à l'aide d'entretiens avec les patients .....	13
Analyse des résultats .....	14
Comparaison des données avec une base données déjà existantes .....	14
Outils statistiques .....	15
<b>Résultats .....</b>	<b>15</b>
Récolte de données sur dossier .....	15
Comparaison entre le groupe de détenus confrontés à un 1 <sup>er</sup> épisode psychotique et la population carcérale vaudoise .....	21
Résultats des entretiens semi-structurés.....	23
<b>Discussion.....</b>	<b>26</b>
Limitations de ce travail .....	29
<b>Conclusion .....</b>	<b>31</b>
<b>Remerciements.....</b>	<b>33</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>34</b>
<b>Annexes.....</b>	<b>39</b>
Grille d'analyse des dossiers .....	40
Grille d'analyse des entretiens .....	44
Formulaire d'information/consentement.....	46

# **Abstract**

## **Introduction**

La prévalence des troubles psychiatriques est plus élevée chez les détenus que dans la population générale (1). Certains détenus récemment incarcérés sont confrontés à ce qui semble être un premier épisode psychotique et la prise en charge initiale de la psychose se fera donc en milieu carcéral. Toutefois, l'origine des troubles, les facteurs déclencheurs éventuels et les liens entre les troubles psychotiques et le milieu carcéral sont souvent peu clairs (2). La prison pourrait être un facteur de stress favorisant une décompensation psychotique, ou plutôt représenter un révélateur de troubles qui se manifestent de manière plus visible du fait de la proximité carcérale et de la présence d'observateurs. L'objectif principal de ce travail est d'étudier les liens entre les paramètres « psychose » et « prison », dans le but de pouvoir améliorer la prévention, le dépistage et la prise en charge des psychoses chez les détenus.

## **Méthode**

26 dossiers de patients confrontés à un premier épisode psychotique en milieu carcéral ont été sélectionnés afin d'y recueillir certaines caractéristiques épidémiologiques et anamnestiques (âge, origine, parcours de vie, état civil etc.), contextuelles (motifs d'incarcération, délai entre incarcération et décompensation, régime de détention etc.) et cliniques (antécédents psychiatriques, prodromes éventuels, type de délire, évolution, etc.). La fréquence de certaines caractéristiques a ensuite été comparée entre ce groupe de patients et la population carcérale vaudoise globale. Des entretiens semi-directifs avec deux des patients ont été réalisés afin de préciser certaines données cliniques et surtout d'aborder le vécu subjectif de l'épisode psychotique en prison.

## **Principaux résultats**

Chez certains patients, l'incarcération semble représenter plutôt un révélateur de troubles préexistants et une porte d'accès aux soins, au vu des antécédents connus, voire de la suspicion de troubles délirants préalables à l'incarcération. Pour d'autres, l'incarcération peut représenter le déclencheur de la décompensation, comme l'affirme un des détenus interviewés, persuadé qu'il n'aurait jamais développé de troubles psychotiques s'il n'avait pas été incarcéré. La proportion de personnes étrangères est significativement plus élevée parmi ce groupe que parmi l'ensemble des détenus vaudois ( $p=0.005$ ). Une surreprésentation de consommation de substances illicites ( $p=0.002$ ) ainsi que des motifs d'incarcération pour des délits contre des personnes ( $p<0.001$ ) ou contre des biens ( $p=0.004$ ) est observée dans notre échantillon, en comparaison avec la population carcérale globale.

## **Conclusion**

Les personnes confrontées à un premier épisode psychotique en milieu carcéral cumulent certains facteurs de risque de troubles psychotiques et représentent une population particulièrement vulnérable. Le profil type du détenu qui décompense en prison est un jeune migrant célibataire, consommateur de substances, avec un faible niveau de formation et des conditions de vie précaires avant l'incarcération. L'enjeu est de penser une prison qui puisse prendre en compte les besoins de santé et de prévention de la psychose.

**Mots-clés : Psychose, prison, premier épisode psychotique**

# Introduction

## Contexte

La prévalence des troubles psychiatriques est plus élevée chez les détenus que dans la population générale (1). Cette surreprésentation se retrouve dans les différentes régions du monde (Etats-Unis, Europe, Suisse) et le canton de Vaud ne fait pas exception (3). Ceci est d'autant plus marqué pour les troubles sévères, puisqu'une psychose ou une dépression majeure est diagnostiquée chez un détenu sur sept. En ce qui concerne les troubles psychotiques, environ 4% des détenus sont touchés. Les problématiques liées aux dépendances ainsi que les troubles anxieux sont également fortement représentés en prison (4).

Les détenus représentent un groupe « à haut risque » pour le développement d'une psychose. Ce groupe associe souvent plusieurs facteurs de risque pour les troubles psychiatriques et une situation socio-économique ne leur permettant pas de chercher de l'aide dans la communauté (5, 6). Certains détenus récemment incarcérés sont confrontés à ce qui semble être un premier épisode psychotique et la prise en charge initiale de la psychose se fera donc en milieu carcéral. Toutefois, l'origine des troubles, les facteurs déclencheurs éventuels et les liens entre les troubles psychotiques et le milieu carcéral sont souvent peu clairs (2). Une étude portant sur un groupe de jeunes adultes confrontés à un premier épisode psychotique a montré qu'ils étaient plus susceptibles d'avoir des antécédents judiciaires que la population générale (7). Dès lors, se pose la question de la nature du lien entre les délits commis et la psychose. Les individus qui développent une psychose sont-ils plus violents et moins respectueux des lois ? Cette composante délinquante est-elle déjà présente avant les prodromes éventuels et la décompensation psychotique ? Cela justifierait des mesures de dépistage et de prévention de la psychose chez les individus auteurs de délits. Apparaît-elle avec le premier épisode psychotique et les bouleversements psychiques qu'il déclenche ? Ce serait un encouragement au dépistage précoce afin de proposer un suivi avant le passage à l'acte délinquant. Le délit commis entraîne-t-il l'apparition de troubles psychotiques, éventuellement pas le biais de la mise en détention avec l'isolement et la culpabilité qui en découlent ? Ce serait un argument pour un suivi psychiatrique rapproché des personnes détenues. Enfin, il pourrait s'agir uniquement d'une corrélation liée à l'existence de facteurs de risque communs entre le développement d'une psychose et celui de la délinquance.

Lorsqu'une personne présente un premier épisode psychotique dans un environnement aussi singulier que la prison, il est intéressant d'étudier les facteurs ayant favorisé cette décompensation et discuter du rôle éventuel de l'incarcération dans la décompensation. A l'inverse, on peut également se demander si les troubles psychotiques ont favorisé le passage à l'acte délinquant. Les actes délictueux survenus avant que la psychose ne soit diagnostiquée peuvent avoir été commis pendant la phase de prodromes ou pendant la phase de psychose débutante (8). La prison pourrait être un facteur de stress favorisant une décompensation psychotique, ou plutôt agir comme révélateur de troubles qui se manifestent de manière plus visible du fait de la proximité carcérale et de la présence d'observateurs.

La question de la folie chez les détenus a préoccupé les psychiatres depuis plusieurs siècles et fait écho au débat sur l'étiologie des troubles mentaux, entre vulnérabilité intrinsèque et perturbations exogènes. Une thèse de 2014 sur la psychose reprend l'historique de ce

concept et démontre qu'il s'agit d'une question très ancienne dont les réponses sont toujours débattues à ce jour (9). En effet, Louis-André Gosse, a écrit en 1837 un ouvrage traitant des « aliénations mentales » observées dans la prison de Lausanne (10). L'hypothèse que le régime pénitentiaire peut contribuer au développement de maladie mentale est donc déjà émise au cours du 19ème siècle en Suisse. Quelques années plus tard, Jules Baillarger rédige une « note sur les causes de la fréquence de la folie chez les prisonniers » (11) et décrit le problème en des termes toujours actuels. Il émet différentes hypothèses pour expliquer la prévalence plus élevée des troubles psychiatriques parmi les détenus, qui se rapprochent de celles discutées dans ce travail. L'enfermement, avec une surveillance quasi permanente associé à une profonde solitude et un isolement social important, soulève la question du lien, centrale en psychiatrie.

### **La prison, un environnement pathogène ?**

L'environnement carcéral est un univers à part, comme situé au-delà de frontières infranchissables qui l'isolent du monde extérieur, de la société, de la vie d'avant, des proches et des activités d'un homme libre. Y entrer, ne serait-ce qu'en visiteur et avec la certitude d'en ressortir quelques heures plus tard, constitue une expérience physique et psychique singulière. Montrer son visage aux caméras de surveillance, prouver son identité, justifier sa présence, traverser les sas, attendre. Écouter le cliquetis des portes qui se referment, des clés qui tournent dans les serrures. Imaginer ce que c'est de vivre enfermé entre 4 murs, de devoir s'adapter à cet environnement pour des mois, des années, voire une durée indéterminée : presque impossible pour un simple visiteur.

La détention avant jugement correspond aux premiers mois de détention avec une adaptation à la vie carcérale parfois difficile. Elle est associée à des conditions plus strictes, avec moins de possibilités d'activités et de contacts sociaux et représente de plus une période souvent chargée d'angoisses en raison de l'attente du jugement. Nous pourrions nous attendre à ce que ce régime de détention soit plus délétère pour la santé psychique que l'exécution de peine, une fois que le jugement est rendu et que le détenu s'est (partiellement) adapté à son nouvel environnement de vie. Toutefois, la durée de la détention semble également un facteur important, car le fait de se retrouver en prison pour une longue durée peut être associé à davantage de désespoir et d'isolement ainsi que modifier les perceptions sensorielles et les perspectives d'avenir. Le risque de suicide est par exemple moins élevé lorsque la durée de détention est inférieure à 18 mois (12).

Les personnes vivant en ville sont plus à risque de développer une psychose voire une schizophrénie que celles résidant à la campagne (13). L'hypothèse d'un lien entre la vie urbaine et les troubles mentaux est ancienne, mais les explications de ce phénomène ne sont pas encore clairement établies. Les études récentes montrent qu'il y a probablement un réel impact de l'atmosphère urbaine et pas uniquement un biais de sélection liés aux caractéristiques socio-culturelles et économiques des habitants de zones urbaine et rurale (14). Une publication récente retrace l'historique de l'analyse des liens entre la vie urbaine et les troubles mentaux avec une perspective sociologique, montrant qu'une approche interdisciplinaire est essentielle et que les réponses ne sont pas purement biomédicales (15). Quelles sont donc les caractéristiques néfastes de la vie urbaine ? Sommeil perturbé par la pollution lumineuse nocturne et le bruit, plus grand stress dans la vie quotidienne (16), ou encore des rapports sociaux plus impersonnels et pouvant générer une certaine anxiété (17)? Les obstacles à la mobilité (feux rouges, attente et bain de foule dans les transports publics) seraient une source de stress pour certains patients (14).

Au niveau architectural, la prison représenterait-elle une sorte de « concentré de milieu urbain », d'environnement hyper-urbanisé ?<sup>1</sup> Enfermement entre des murs de béton, rapport à la nature presque inexistant, manque de lumière naturelle, absence de liberté de mouvement, régulation du temps selon des règles édictées de manière strictes et sur lesquelles l'individu n'a que peu ou pas d'emprise. Si la vie en ville peut engendrer un excès de stimulation insupportable pour les individus très sensibles qui perçoivent les bruits et les mouvements environnants de manière plus aiguë, la prison pourrait représenter un environnement particulièrement anxiogène, favorisant l'émergence de stress et de troubles du sommeil. La surpopulation carcérale exacerbe tous ces phénomènes et ajoute un stress supplémentaire (18), Elle est par ailleurs associée à un taux d'auto-agressivité plus élevé chez les détenus (19). Tous les sens sont influencés par l'environnement carcéral, entre déprivation olfactive et visuelle et surstimulation auditive. Au cours de la détention, les détenus voient ainsi leur acuité visuelle et leur odorat diminuer alors que leur ouïe se développe (9). L'isolement cellulaire représente la forme la plus poussée de l'enfermement, privant la personne détenue de toute communication avec l'extérieur et de tout repère spatio-temporel, avec des effets néfastes sur la santé, et en particulier sur l'équilibre psychique du détenu (20). L'excès ou le manque de stimulation sensorielle favorise-t-il l'émergence d'hallucinations et de troubles psychotiques ?

### **Psychose et premier épisode psychotique en milieu carcéral**

Selon la CIM-10, un épisode psychotique se définit comme une période plus ou moins durable de perte de contact avec la réalité qui peut s'accompagner d'idées délirantes, d'altérations de l'humeur, de la pensée, des perceptions, des émotions et du comportement (21). Les symptômes typiques de la psychose sont les phénomènes de dépersonnalisation, les idées délirantes, les hallucinations, les troubles du cours de la pensée ainsi que les symptômes négatifs (apathie, discours pauvre, émoussement affectif, retrait social). L'émergence d'une psychose est une période de grande fragilité psychique puisque les symptômes apparaissant peuvent être source d'angoisse, et engendrer des perturbations comportementales en lien avec le vécu psychotique. Tout cela peut plonger les patients dans une grande détresse (22). Le délai entre l'apparition des symptômes et le début de traitement (*duration of untreated psychosis*) est associé avec un taux de suicide plus élevé, de plus nombreuses comorbidités, un moins bon statut socio-économique, une plus grande détresse et une moins bonne réponse au traitement, c'est-à-dire avec un moins bon outcome (23, 24). La prise en charge précoce des troubles psychotiques est donc un enjeu central de la psychiatrie moderne et fait l'objet d'un important courant de recherches. A Lausanne, le développement du programme TIPP (programme Traitement et Intervention Précoce dans les troubles Psychotiques (25)) est basé sur les études récentes des premiers épisodes psychotiques (26, 27) qui mettent en évidence l'importance d'une prise en charge précoce de la psychose.

L'identification des troubles psychotiques émergents est un défi de taille, puisque les symptômes apparaissent le plus souvent de manière progressive. Une période de prodromes qui peut durer plusieurs années avant que le trouble psychotique franc ne se manifeste est fréquente (28). Les prodromes peuvent être classés en deux groupes : les prodromes précoces avec des troubles de l'expérience subjective relativement aspécifiques et les prodromes tardifs représentés par des symptômes psychotiques atténués (29). Le prodrome peut donc prendre la forme de « discrètes perturbations de la pensée, de la perception, de

---

<sup>1</sup> Communication personnelle, Dominique Marcot, médecin associé du SMPP

la volonté et de l'action » (30). Les manifestations du prodrome sont le plus souvent aspécifiques au début (retrait social, détérioration du fonctionnement, humeur dépressive, diminution de la concentration et de la motivation, troubles du sommeil, anxiété, méfiance) puis plus proches des caractéristiques psychotiques (comportement étrange, discours circonstanciel, discours vague ou trop élaboré, affect inapproprié, croyances bizarres ou pensées magique, expériences perceptives inhabituelles) (31). La présence de symptômes dit positifs (hallucinations, idées délirantes, discours désorganisé) constitue généralement déjà le début de l'épisode psychotique même si certains auteurs soutiennent qu'il peut encore s'agir de prodromes tardifs, s'ils surviennent sous une forme atténuée. Des symptômes psychotiques brefs limités et intermittents (d'une durée inférieure à une semaine) peuvent également représenter un prodrome(30).

Aux Etats-Unis, une étude portant sur un groupe de détenus confrontés à un premier épisode psychotique a révélé que 37% des participants avaient été incarcérés pendant la période de psychose non traitée. Le fait d'être en prison augmentait significativement la durée de psychose non traitée, par rapport à un début de psychose dans la communauté (32). De même, une étude portant sur un groupe de patients confrontés à un premier épisode psychotique a montré que le fait d'avoir été incarcéré par le passé représentait un facteur de risque pour une durée de psychose non traitée plus longue (33). En plus d'être un facteur de risque pour développer des troubles psychiques, la détention semble rendre l'accès aux soins encore plus difficile dans certaines circonstances. Nous ne savons pas si cet effet se retrouve dans les prisons vaudoises, où les conditions de vie et l'offre de soins sont différentes. Il serait donc intéressant de reproduire cette étude en Suisse.

### **Psychiatrie et soin en prison**

Les personnes détenues doivent bénéficier d'un accès aux soins équivalent à celui de la population générale. Le concept de non-discrimination des personnes placées en détention va de pair avec le respect de la dignité humaine qui se doit d'être garanti également en prison. La formule anglophone « Human rights law goes behind prison walls » reflète bien ce principe fondamental (34). Afin de garantir l'équivalence des soins, la Suisse se conforme aux recommandations du conseil de l'Europe (35) et dispose des directives de l'Académie Suisse des Sciences médicales sur l'« Exercice de la médecine auprès de personnes détenues » (36) qui servent de référence pour une pratique médicale éthique en milieu carcéral.

Les détenus présentent toutefois des besoins de santé qui peuvent différer de ceux de la communauté et l'environnement carcéral lui-même, avec ses contraintes logistiques et sécuritaires, peut rendre certains soins complexes. Certains troubles peuvent même être induits ou majorés par la prison. Que signifie répondre à un besoin de santé alors que ce besoin de santé peut être généré par l'environnement dans lequel a été placée la personne?

En pratique, certaines contraintes inhérentes au milieu carcéral rendent l'exercice de la médecine et, a fortiori celui de la psychiatrie, parfois extrêmement délicat. Le concept de « vulnérabilité partagée » entre détenus et professionnels de la santé a émergé de ce constat (37). Ces préoccupations ne sont pas récentes et nombreux sont les témoignages de soignants en milieu pénitentiaire faisant acte de la difficulté de soigner en prison, en questionnant leur rôle et leur indépendance (37-42). Bien que la prison ne soit pour beaucoup pas le lieu de soin le plus adapté, il est à relever que, pour certains détenus et selon certains thérapeutes, l'incarcération peut permettre d'apaiser certaines angoisses grâce au cadre contenant qui peut être rassurant. Par ailleurs, l'incarcération peut

représenter une opportunité d'accès aux soins (43). En effet, le contexte de précarité dans lequel évolue la population carcérale avant son incarcération entrave parfois l'accès à des soins médicaux de qualité, en raison de barrières linguistiques et socio-économiques. En prison aussi, il semblerait que les détenus originaires de suisse aient plus facilement accès aux soins, probablement en raison d'une meilleure compréhension du système de santé de la prison et à une communication plus aisée (44).

Chez une personne placée en détention, le fait de présenter des troubles psychiatriques est un facteur de risque important d'être victime de violence physique ou sexuelle, d'automutilation, de tentamen et de décès par suicide (4). Il est donc primordial d'assurer une prise en charge spécifique des personnes détenues souffrant de troubles importants afin de leur offrir les soins les mieux adaptés et d'assurer la protection de leur intégrité psychique et psychique. L'identification, le plus tôt possible au cours d'une incarcération, des personnes à risque de développer une psychose et d'éventuels prodromes précédant le premier épisode franc ainsi qu'une meilleure compréhension d'éventuels facteurs déclencheurs permettraient d'améliorer le dépistage, la prévention et la prise en charge de ces détenus confrontés à l'expérience de la psychose (2). La mise en évidence de profils à vulnérabilité particulière pourrait permettre un dépistage et une orientation plus adéquate. En particulier, selon le modèle de la « diversion from custody », développé dans les pays anglo-saxons, les personnes avec des troubles mentaux devraient être placées dans des institutions offrant des possibilités de traitement plus adaptées (45).

## **Objectifs**

L'objectif principal de ce travail est d'étudier les liens entre les paramètres « psychose » et « prison », dans le but de pouvoir améliorer la prévention, le dépistage et la prise en charge des psychoses chez les détenus. Les éléments symptomatiques précurseurs de la décompensation, les facteurs individuels de vulnérabilité (contexte social, prodromes) et les facteurs environnementaux (incarcération, type de détention) qui peuvent mener à l'apparition d'un premier épisode psychotique seront étudiés. Dans une cohorte de patients en détention confrontés à un premier épisode psychotique, le rôle de la prison comme déclencheur ou révélateur sera analysé, afin de mieux comprendre les causes, les facteurs de risque individuels et contextuels ainsi que les facteurs de vulnérabilité préexistants. Le but sera également d'évaluer dans quelle mesure le stress lié à l'incarcération favorise l'émergence de la psychose. Ceci permettra de proposer des pistes pour évaluer la fragilité des détenus avant la survenue de l'épisode afin d'agir de manière préventive ou de pouvoir prendre en charge une psychose débutante de façon plus précoce. Cette étude permettra de prévoir des études ultérieures à visée statistique à plus large échelle afin de tester les modalités de dépistage de psychoses non diagnostiquées chez les détenus nouvellement incarcérés et d'étudier les facteurs de risque pour le développement d'une psychose justifiant des mesures préventives chez les détenus particulièrement vulnérables.

## Méthode

1. Revue de littérature et immersion dans le milieu
2. Rédaction du protocole et soumission à la commission d'éthique (CER-vd)
3. Etude observationnelle rétrospective sur dossiers de détenus confrontés à un premier épisode psychotique en milieu carcéral
4. Etude observationnelle prospective à l'aide d'entretiens
5. Analyse et interprétation des données récoltées
6. Comparaison avec les données concernant la population carcérale vaudoise

### Revue de littérature

Une recherche dans la base de données Pubmed avec les mots-clés « psychosis », « early intervention in psychosis », « psychosis risk factors », « first episode of psychosis », « mental health of prisoners », « psychiatric vulnerabilities in prisoners », « psychosis among detainees », « substance abuse and psychosis », ou encore « substance abuse among detainees » a permis d'identifier les articles sur la psychose débutant en milieu carcéral et les facteurs qui la prédisposent.

### Immersion dans le milieu

Afin d'avoir un aperçu du monde carcéral et du fonctionnement des prisons vaudoises, plusieurs visites dans quatre établissements (Bois-Mermet, La Croisée, Établissements de la Plaine de l'Orbe, Zone Carcérale) ont été organisées. J'ai ainsi pu découvrir les locaux, rencontrer les différents intervenants (agents de détention, infirmiers, médecins somaticiens et psychiatres), assister à quelques entretiens avec les patients/détenus et mieux comprendre l'offre de soins somatiques et psychiques proposée en milieu carcéral.

### L'environnement carcéral : population pénitentiaire vaudoise et SMPP

Cette étude a été menée au sein du SMPP (Service de Médecine et de Psychiatrie Pénitentiaire), dans les établissements pénitentiaires vaudois. Le nombre total de places disponibles dans le canton s'élève officiellement à 799 places de détention pour 980 détenus effectivement présents, avec une surpopulation de 118 à 170% dans les prisons de détention avant jugement, selon les chiffres communiqués dans un rapport du grand conseil au conseil d'état de novembre 2017 (46). Les prisons vaudoises sont réparties sur différents sites. Les Établissements de la plaine de l'Orbe disposent de plus de 330 places pour l'exécution de peine privative liberté ou de mesures et regroupent le Pénitencier (maison de haute sécurité), La Colonie fermée (maison de sécurité moyenne) et La Colonie ouverte (maison de basse sécurité). La prison de la Tuilière comprend un secteur femme, qui comprend tous les régimes de détention, avec une capacité augmentée à 61 places dont un secteur mère/enfant ainsi qu'un secteur hommes de 35 places, pour les personnes en détention avant jugement ou condamnés en attente de transfert en établissement d'exécution de peine. La prison de la Croisée, avec une capacité officielle de 211 places, mais en permanence occupée par environ 320 détenus, accueille les personnes en détention avant jugement ou condamnées à de

courtes peines. La prison du Bois-Mermet a une capacité de 100 places augmentées à 168 places, afin d'accueillir les personnes en détention avant jugement, condamnées en attente de transfert vers un établissement d'exécution de peine ou en attente d'expulsion. L'Établissement du Simplon dispose de 46 places pour des peines privatives de liberté en semi-détention avec travail externe, dans le but d' « éviter la rupture avec la société libre et de permettre la réinsertion professionnelle ». L'établissement de détention pour mineurs et jeunes adultes Aux Léchaies dispose de 36 places au total et accueille les jeunes entre 10 et 22 ans prévenus ou condamnés pour un délit (47) la moitié sous l'autorité du tribunal des mineurs et l'autre moitié sous l'autorité du ministère public.

Le SMPP (Service de médecine et de psychiatrie pénitentiaires) est chargé de répondre aux besoins de santé des personnes placées en détention dans le canton de Vaud. Le service est une unité du département de psychiatrie du CHUV et n'est pas dépendant des instances pénitentiaires ni de justice. Si l'on considère les détenus présents au 1<sup>er</sup> janvier et entrants dans l'année, cela représente entre 2500 et 3000 personnes à prendre en charge en fonction des années (48). Chaque année, le nombre de consultations médicales somatiques réalisées à la demande des détenus/patients est plus important : inférieur à 4000 en 2007, il est supérieur à 6000 en 2017. La même tendance s'observe pour les entretiens psychiatriques dont le nombre s'élève à 6200 consultations en 2017. Une visite infirmière d'entrée est également prévue pour chaque détenu dans les 48h suivant son arrivée, afin de dépister d'éventuels problèmes de santé et d'orienter les patients vers un médecin, par exemple psychiatre, si nécessaire. S'ajoutent à cela les consultations d'entrée de médecine générale dont devrait bénéficier tout nouvel arrivant, idéalement dans la semaine.

L'équipe du SMPP dispose de locaux et de salles de consultation dans chacun des établissements de détention du canton. Lorsque des soins plus intensifs s'avèrent nécessaires, le SMPP dispose de 2 unités spéciales permettant d'accueillir des patients ayant des besoins spécifiques de soins psychiatriques à La Tuilière et aux EPO. Ces Unités Psychiatriques (plus loin dans le texte : UP) fonctionnent comme un hôpital de jour et offrent un suivi psychiatrique plus rapproché ainsi que des activités socio-éducatives. Lorsqu'un patient nécessite une hospitalisation en psychiatrie, il est transféré à l'Unité hospitalière de psychiatrie pénitentiaire (plus loin dans le texte : UHPP) Curabilis à Genève, ce qui est arrivé à 50 reprises au cours de l'année 2017. Une « cellule médicale » est également à disposition en cas de crise nécessitant la mise en sécurité du détenu/patient.

### **Quelques définitions « juridiques » :**

**Détention avant jugement ou détention provisoire** : forme de privation de liberté durant la procédure pénale avant jugement, pour des motifs de sûreté notamment. Les conditions de vie en détention avant jugement sont globalement strictes, mais diffèrent entre les « unités arrivant », les « unités de vie » et les « unités courte peine ». A leur arrivée, les détenus passent 23h sur 24 en cellule, avec une heure de promenade et 2 périodes de 45 minutes de sport par semaine. Cela représente les conditions les plus drastiques pour ce qui est de l'enfermement carcéral au long cours, hormis les conditions d'arrêt disciplinaire ou d'isolement à titre de sûreté. Après un temps d'observation pendant lequel le prévenu a fait preuve d'un comportement adéquat, il sera transféré en « unité de vie ». Des séances supplémentaires de sport et des activités socio-éducatives sont ensuite proposées, dans les

limites du nombre de places disponibles. Une fois jugé, le détenu peut, dans l'établissement de détention avant jugement, avoir davantage d'ouvertures (au maximum 8h par jour) dans d'autres secteurs de la prison.

### **Exécution de peine**

Une fois la peine privative de liberté prononcée, le détenu devrait être transféré dans un établissement d'exécution des peines, offrant d'avantage de possibilités d'activités socio-éducatives sous forme d'atelier d'intendance, de production ou d'exploitation du domaine agricole. L'organisation de la détention doit permettre de favoriser l'activité physique et les contacts sociaux, par exemple en proposant le repas de midi en commun dans certaines unités. La surpopulation carcérale actuelle implique des délais de transfert importants et certains détenus condamnés à de courtes peines accèdent exécutent celles-ci dans des établissements de détention avant jugement.

### **Peine privative de liberté et Mesures**

Les personnes détenues peuvent être condamnées à une peine privative de liberté de durée déterminée qui peut être assortie d'une mesure de traitement ambulatoire (art 63), suspendue au profit d'une mesure thérapeutique (traitement institutionnel, art 59) ou se poursuivre par une mesure de sécurité publique (internement art 64) (49).

Le traitement institutionnel (art. 59) peut être ordonné par le juge lorsque « l'auteur souffre d'un grave trouble mental et a commis un crime ou un délit en relation avec ce trouble et qu'il est à prévoir que cette mesure le détournera de nouvelles infractions en relation avec ce trouble ». « Le traitement institutionnel [...] peut aussi être effectué en milieu pénitentiaire [...] dans la mesure où le traitement thérapeutique nécessaire est assuré par du personnel qualifié » (50). La mesure thérapeutique institutionnelle (qui s'accompagne d'une privation de liberté) peut être prolongée sans durée maximale, puisque la mesure est réévaluée annuellement et peut être reconduite pour 5 ans si le juge l'estime nécessaire.

L'internement (art. 64) représente une mesure plus sévère encore, réservée à des sujets réputés inamendables et dangereux. L'art. 64 prévoit l'internement de l'auteur pour une durée indéterminée renouvelable d'année en année pouvant durer la vie entière. Dans certains cas très rares (actuellement un seul cas en Suisse) le tribunal peut prononcer d'emblée l'internement à vie s'il juge le risque de récidive majeur et qu'il n'y a pas de possibilité thérapeutique et que la mise à l'écart semble la seule manière de protéger la société.

Le traitement ambulatoire (art. 63) relève du même principe que le traitement institutionnel mais sera privilégié si un traitement ambulatoire permet de détourner l'auteur « de nouvelles infractions en relation avec son état » (51). Il est par exemple prononcé à l'encontre de patient souffrant de trouble mental sévère ou d'addiction. Il peut accompagner la peine privative de liberté ou peut être ordonné à la place de toute peine.

### **Rédaction du protocole et soumission à la CER-vd**

Les objectifs de ce travail ainsi que sa méthodologie ont été détaillés dans un protocole. Un formulaire d'explication permettant de recueillir le consentement éclairé des participants a également été rédigé. Le protocole et le formulaire de consentement éclairés ont été soumis à la CER-vd (Commission cantonale d'éthique de la recherche sur l'être humain). Après avoir

demandé certaines précisions concernant la récolte de données et les précautions prises afin de garantir la confidentialité et la traçabilité des données, la CER-vd nous a autorisés à débiter la recherche. Au cours de l'étude, plusieurs amendements au protocole initial ont dû être faits et présentés à la CER-vd pour validation.

## **Etude observationnelle rétrospective sur dossiers**

### Sélection des dossiers et critères d'inclusion

Les dossiers de patients confrontés à un premier épisode psychotique (selon les critères de la CIM-10) dans les prisons vaudoises et pris en charge par le SMPP ont été sélectionnés par le Dr Dominique Marcot (médecin associé, SMPP-DP-CHUV). Le Dr Marcot a demandé aux médecins et infirmiers travaillant au SMPP de signaler les patients confrontés à un premier épisode psychotique en milieu carcéral entre 2006 et 2017 et n'ayant a priori pas d'antécédents psychotiques. La revue de ces dossiers a été effectuée rétrospectivement et nous n'avons aucune prétention d'exhaustivité. La plupart des dossiers concernent des patients suivis entre 2013 et 2017. La sélection des dossiers a eu lieu en 2017. Quelques 35 dossiers ont été analysés en profondeur afin de déterminer s'ils entraient réellement dans les critères de l'étude. Après analyse, 26 dossiers ont été retenus. Les autres ont été exclus de l'étude principalement en raison d'arguments mentionnant une ou plusieurs décompensations psychotiques avant l'incarcération, ou en raison d'informations cliniques trop imprécises pour être sûr qu'il s'agissait bien d'un 1<sup>er</sup> épisode psychotique et non d'une psychose déjà présente avant l'incarcération.

### Recueil des données personnelles

Les dossiers ont ensuite été étudiés et les données ont été recueillies à partir des dossiers médicaux (observations des soignants, médecins psychiatres et infirmiers, éléments du jugement pénal etc.). Des précautions particulières ont été prises afin de garantir la confidentialité. Les données ont été relevées dans un fichier Excel de manière codée. Nous avons attribué un numéro choisi aléatoirement à l'aide d'Excel à chaque participant. Le Dr Marcot conserve le fichier Excel contenant la clé de codage permettant de faire le lien entre le numéro et l'identité du participant. Ce fichier est protégé par un mot de passe dont lui seul a connaissance et conservé dans le dossier personnel du Dr Marcot, sur l'ordinateur du SMPP. De cette manière, personne d'autre n'a accès au code permettant de relier les données récoltées et l'identité du patient. Le fichier contenant les données et leur analyse sera conservé dans un fichier du SMPP avec un accès limité aux personnes participant à l'étude (Prof. Bruno Gravier, Dr Dominique Marcot, Mme Lauranne Chapuisat). Nous avons fait régulièrement des copies datées du fichier contenant les données recueillies et codées, afin de garantir la traçabilité. Les copies se trouvent également dans un dossier avec accès restreint, protégé par un mot de passe connu des personnes susmentionnées. Les données seront conservées pendant au moins 10 ans. S'il devait y avoir une publication des résultats, les données des patients seraient entièrement anonymisées, c'est à dire que les données seraient définitivement dépourvues de toute information qui permettrait de retrouver l'identité de la personne.

Les informations relevées visent à préciser, outre des données anamnestiques, le moment de survenue de l'épisode, le profil clinique de l'épisode et les éventuels déclencheurs. Nous nous sommes particulièrement intéressés aux antécédents personnels et familiaux, aux facteurs de risque de décompensation psychotique, au délai entre l'incarcération et la

décompensation et aux conditions de détention au moment du début de l'épisode. Nous avons également recherché la présence éventuelle des signes de type prodromiques présents avant la décompensation. La liste exhaustive des informations récoltées se trouve en annexe.

#### Précautions éthiques

Les personnes en situation de détention et confrontées à la psychose peuvent être considérées comme un groupe particulièrement vulnérable et certaines précautions doivent être prises afin d'assurer la protection de leurs données personnelles et de garantir leur autonomie face à la décision de participer ou non à un projet de recherche. L'étude rétrospective inclut des patients déjà sortis de prison et donc plus en contact avec le SMPP. Il aurait été très compliqué de chercher à les recontacter pour leur demander l'autorisation d'utiliser leur dossier médical pour cette étude. Pour les patients encore en prison et suivis par le SMPP, cette relance aurait éventuellement été source de stress, d'incompréhension et de méfiance de faire une demande de consentement pour utiliser des données déjà présentes dans les dossiers. Nous avons donc obtenu l'autorisation de la CER-vd de pouvoir réutiliser les données personnelles déjà relevées dans les dossiers médicaux avec défaut de consentement, selon l'art. 34 de la LRH (52). Nous attestons qu'aucune donnée personnelle liée à la santé n'a été utilisée en cas de refus écrit, ou de refus oral documenté, de la part des personnes concernées.

### **Etude observationnelle prospective à l'aide d'entretiens avec les patients**

#### Sélection des patients

Parmi les dossiers sélectionnés pour la 1<sup>ère</sup> partie, les patients encore suivis par le SMPP et capables de répondre à une série de questions sur leur état de santé et leur vécu de la détention se sont vu proposer un entretien semi-structuré individuel. En raison du temps limité à disposition, seuls deux entretiens ont finalement été réalisés.

#### Recueil des données personnelles

Ces entretiens semi-directifs ont permis de préciser les données cliniques mais surtout de recueillir les éléments concernant le vécu subjectif de l'épisode psychotique pour préciser les éléments cliniques, leur apparition et les facteurs de stress qui ont pu faciliter l'apparition de l'épisode psychotique. Les entretiens ont été menés par l'étudiante en master sous supervision du Dr Dominique Marcot. Ils n'ont pas fait l'objet d'enregistrement audio.

#### Précautions éthiques

Les patients ont été informés des buts de l'étude et de leurs droits. Ils ont signé un formulaire de consentement éclairé attestant de leur accord d'y participer. Le Dr Marcot s'est chargé d'informer les patients et de répondre à toutes leurs questions concernant l'étude lors d'un entretien en tête à tête. Il s'est assuré que le consentement du patient soit bien donné suivant les exigences du consentement éclairé. Dans la mesure où aucun membre de l'administration pénitentiaire n'a été informé du nom des personnes sollicitées pour participer à cette étude, aucune contrainte ne pourra être exercée à leur encontre. Le consentement a porté sur la réutilisation des données (1<sup>ère</sup> partie : analyse du dossier médical), puis, de manière séparée, sur l'entretien (2<sup>ème</sup> partie). Les dossiers des patients invités à participer à l'entretien ont été analysés uniquement après leur accord. La participation est donc entièrement volontaire et confidentielle et les patients n'ont reçu

aucune rétribution. Les données ont été codées de la même manière que pour l'étude sur dossiers. Aucune trace de l'étude n'apparaît dans les dossiers médicaux et il n'y aura pas de conséquence pour le suivi et le traitement du patient. Les entretiens ont été organisés de manière à ce que les équipes pénitentiaires ne puissent identifier qui a participé à l'étude. Celle-ci n'a a priori comporté ni risque ni contrainte pour les patients. Aucun matériel biologique ni génétique n'a été prélevé. Si un patient devait dans un deuxième temps révoquer son consentement, les données déjà collectées seront analysées malgré tout puis anonymisées. Il n'y a pas de bénéfice direct pour les participants à l'étude mais les résultats permettront d'améliorer la prévention, le dépistage et la prise en charge de futurs patients confrontés à un épisode psychotique en milieu carcéral.

### **Analyse des résultats**

L'analyse des données extraites des dossiers permet de mettre en évidence les profils épidémiologiques des patients confrontés à un 1<sup>er</sup> épisode psychotique en milieu carcéral et de les confronter aux profils des détenus des prisons vaudoises. Notre propos est surtout de dégager des profils cliniques qui serviront de base pour des recherches ultérieures. La présentation des résultats a été faite de manière essentiellement descriptive en essayant de distinguer les cas pour lesquels des éléments prodromiques avant l'incarcération peuvent être identifiés et ceux pour lesquels les premières manifestations identifiables sont survenues en prison. L'analyse des données comporte une partie qualitative et une partie quantitative, avec l'utilisation d'outils statistiques permettant de tester l'association éventuelle de certaines variables.

### **Comparaison des données avec une base données déjà existantes**

Nous avons comparé certaines données obtenues dans le groupe des patients confrontés à un 1<sup>er</sup> épisode avec celles concernant la population carcérale vaudoise dans son intégralité sur la même période (2013-2017) (48). Cette comparaison statistique permet de tester si certaines caractéristiques des détenus confrontés à un 1<sup>er</sup> épisode psychotique diffèrent significativement de celles de la population carcérale dans son ensemble. Les données populationnelles sont également rétrospectives et portent essentiellement sur les caractéristiques sociodémographiques (origine, âge), l'état de santé (nombre total de patients ayant été suivis par le SMPP pour des motifs psychiatriques, pathologies psychiatriques diagnostiquées) et le type de jugement (motif d'incarcération, article, durée de la peine privative de liberté). Ces informations sont récoltées et analysées annuellement par le SMPP pour toutes les personnes détenues dans les prisons vaudoises. Les patients confrontés à un 1<sup>er</sup> épisode psychotique inclus dans notre étude étaient en prison entre 2006 et 2017 et la décompensation a eu lieu entre 2013 et 2017. Pour certaines caractéristiques, nous avons choisi d'utiliser la moyenne entre ces différentes années (pourcentage de personnes d'origine suisse, représentation féminine, etc.). Pour d'autres (âge au moment de l'incarcération, consommation de substances, etc.) nous avons utilisé les données de 2016, qui est l'année pendant laquelle le plus grand nombre de nos participants étaient détenus.

Toutes les données ont été anonymisées avant d'être ré-utilisées pour ce projet afin de garantir la confidentialité. Pour plusieurs raisons, notamment la taille de l'échantillon et le fait qu'un grand nombre de personnes concernées ne sont plus suivies par le SMPP, il n'était pas envisageable d'obtenir le consentement de toutes les personnes concernées. La CER-vd nous a autorisés à réutiliser ces données personnelles déjà relevées avec défaut de consentement, selon l'art. 34 de la LRH. Nous

attestons qu'aucune donnée personnelle liée à la santé n'a été utilisée en cas de refus écrit, ou de refus oral documenté, de la part des personnes concernées.

## **Outils statistiques**

Les analyses statistiques pour comparer certaines données épidémiologiques de notre échantillon (groupe de patients confrontés à un 1<sup>er</sup> épisode psychotique) avec la population carcérale vaudoise globale ont été réalisées avec le programme R (53). Le test binomial exact (Exact Binomial Test) permet de comparer le pourcentage observé dans notre échantillon avec un pourcentage théorique (issu de la population carcérale vaudoise globale) et d'obtenir une p-value ainsi que l'intervalle de confiance attestant de la précision des informations (54). Ce test est utilisé pour les variables dichotomiques et a l'avantage d'être applicable à de petits échantillons et d'être plutôt conservateur, ce qui évite de surestimer un effet. Nous l'utilisons pour détecter une déviation par rapport à une hypothèse de distribution binomiale avec la probabilité observée dans la population, dans les deux directions. Le test de Student (T-test) est utilisé pour comparer la moyenne théorique avec la moyenne observée d'une variable continue dont on connaît la variance (55). Nous pouvons ainsi par exemple évaluer si la variable « âge au moment de l'incarcération » dans notre échantillon diffère significativement de la même donnée dans la population carcérale générale.

## **Résultats**

### **Récolte de données sur dossier**

#### **Description des caractéristiques épidémiologiques**

La description des profils épidémiologiques de 26 détenus confrontés à un 1<sup>er</sup> épisode psychotique en milieu carcéral permet de mettre en évidence certaines caractéristiques communes. Les 26 participants (25 hommes et 1 femme) ont été incarcérés dans les prisons vaudoises entre 2006 et 2017 et le début de leur épisode psychotique a eu lieu entre 2013 et 2017. Ces patients sont nés entre 1967 et 1995 et avaient entre 20 et 48 ans au moment de leur incarcération, avec une moyenne d'âge de 30 ans. Au moment du début de l'épisode, ils avaient entre 21 et 48 ans, avec une moyenne de 30 ans. Certains se trouvent actuellement toujours en détention et sont encore suivi par le SMPP (n=10), d'autres ont été entre temps libérés (n=10) ou transférés vers une autre prison (n=5). Un des patients s'est suicidé au cours de l'épisode psychotique.

Parmi les participants à l'étude, la plupart sont en détention en raison d'une peine privative de liberté sans mesure (n=20). Les autres ont été condamnés à une mesure thérapeutique ou de sécurité publique, sous forme d'un traitement ambulatoire (article 63, n=3), de traitement institutionnel (article 59, n=2) ou d'internement (article 64, n=1). Pour certains, il s'agit de la première incarcération (n=14), pour d'autres c'est la deuxième, voire la n-ième incarcération (n=11). Cet élément n'est pas connu pour un des participants.

Une première constatation est frappante : parmi ce petit collectif de patients, pas un seul n'est originaire de Suisse. Le fait que sur les 26, tous soient d'origine étrangère est surprenant et pose la question d'une vulnérabilité particulière des personnes migrantes incarcérées.

Presque tous ont un parcours migratoire derrière eux et pour la très grande majorité des participants, il s'agit de migration forcée, dans l'adversité. Ils sont originaires d'Afrique (n=16), d'Europe (n=8), d'Amérique du Sud (n=1) et du Sri-Lanka (n=1). Ils sont nombreux à séjourner en situation d'illégalité en Suisse (n=13) ou à être requérant d'asile (n=6). Les autres possèdent un titre de séjour valide sur le territoire suisse (permis B, C ou ressortissant européen) (n=7). Sur les 26 participants, 16 parlent français. Tous parlent au moins une langue leur permettant de communiquer avec les agents de détention et le personnel soignant (Français, Anglais ou Allemand).

### **Conditions de vie avant l'incarcération**

On remarque également qu'ils sont nombreux à avoir vécu dans des conditions de précarité avant leur incarcération. En effet, la plupart d'entre eux n'avaient pas de logement stable avant leur mise en détention. Ils étaient soit sans logement (n=10), soit au bénéfice d'un logement précaire (n=8). Une minorité déclare bénéficier d'un logement stable (n=6) et l'information n'est pas connue pour 2 participants. De plus, la plupart des participants n'avaient pas d'emploi (n=21) ou travaillaient au noir (n=2) au moment de l'incarcération. Un nombre non négligeable de patients déclare ne savoir ni lire ni écrire (n=5). Plusieurs participants n'ont en effet pas eu accès à une scolarité de base (n=5), d'autres ont suivi l'école obligatoire mais n'ont pas bénéficié de formation professionnelle (n=8) et un troisième groupe a suivi l'école obligatoire et terminé une formation professionnelle (n=7). Une minorité a fréquenté une université ou une haute école (n=3). L'information est inconnue pour 3 participants. Au niveau familial, la majorité des patients ne mentionne ni partenaire (n=15) ni enfant (n=18). Ces premiers résultats reflètent le contexte socio-culturel et économique dans lequel évoluaient nos participants avant l'incarcération.

### **Consommation de substances**

La consommation de substances psychoactives légales ou illégales est très fréquemment rapportée par nos participants et la plupart cumulent plusieurs substances différentes. En effet, seuls trois d'entre eux ne mentionnent aucune consommation de substance et deux patients rapportent uniquement une consommation occasionnelle d'alcool. Les substances les plus fréquemment relevées sont le tabac (n=21), l'alcool avec une consommation occasionnelle (n=9) à importante et quotidienne (n=7), les dérivés du cannabis (n=17). Viennent ensuite la cocaïne (n=11), l'héroïne (n=6), et les benzodiazépines (n=3) et les amphétamines (n=1). Les participants avouant une consommation de stupéfiants déclarent souvent consommer plusieurs substances. Plusieurs participants sont par ailleurs suivis pour leurs addictions et substitués par méthadone ou un autre morphinique médical (n=4).

### **Évaluation à la consultation d'entrée**

A l'entrée en prison, il est demandé à tous les nouveaux arrivants de répondre à la question suivante : « Vous estimez-vous en bonne santé ? ». A cette question, la majorité des participants a répondu « oui » (n=19), alors qu'une minorité a répondu « non » (n=5). La réponse n'est pas connue pour deux des participants. A la fin de la consultation infirmière d'entrée, certains patients ont été orientés vers un suivi psychiatrique (n=13), d'autres non (n=8). Pour les participants restants (n=5), l'information est manquante. Parmi les patients pour lesquels un suivi psychiatrique a été préconisé, seulement quelques-uns avaient verbalisé une demande dans ce sens (n=4). Cela nous permet de relever que la plupart des patients qui seront, par la suite, confrontés à un 1<sup>er</sup> épisode psychotique en milieu carcéral ne

demandent pas de soutien psychiatrique au moment de leur arrivée en prison. La consultation infirmière d'entrée ne permet pas de détecter tous les patients qui présenteront une décompensation par la suite, mais environ la moitié des participants avaient fait l'objet d'une attention particulière à leur arrivée que ce soit en raison de leurs antécédents, de leur attitude au cours de l'entretien ou de leur consommation de substances. Nous ne connaissons malheureusement pas la proportion de patients orientés vers une consultation psychiatrique parmi le nombre total de personnes incarcérées dans les prisons vaudoises et ne pouvons donc pas faire de comparaison. Les signes précoces et peu discriminant pouvant indiquer une vulnérabilité ou un début de psychose représentent une problématique essentielle à étudier plus en profondeur afin d'améliorer la compréhension du processus menant à une décompensation psychotique et pour mettre en place un programme de dépistage et de prévention.

### **Facteurs de risque/traumatismes**

Au cours de l'anamnèse personnelle à l'entrée en détention, des facteurs de risque de psychose reconnus ont été relevés pour 17 de nos participants. Ces facteurs comprennent certains traumatismes vécus (maltraitance dans l'enfance (56), séparation des parents et du réseau familial (57), violences conjugales parentales, décès de proches, agressions physiques subies et autres événements adverses stressants (57, 58)), en plus de la migration dans l'adversité. Pour une minorité (n=9), les éléments biographiques personnels ne sont pas connus des soignants et aucun événement adverse (autre que la migration) n'a été mentionné à l'entrée ou au cours des consultations suivantes.

### **Antécédents psychiatriques personnels et familiaux**

Un autre élément important est la présence éventuelle d'antécédents psychiatriques. Certains n'en mentionnent aucun à l'entrée (n=4). Près de la moitié des participants (n=12) ont des antécédents psychiatriques personnels notables, c'est-à-dire qu'ils ont bénéficié d'un suivi psychiatrique ambulatoire, vécu une hospitalisation en psychiatrie ou ont reçu un diagnostic par le passé (trouble de la personnalité, troubles anxieux, troubles de l'humeur). Chez 6 des participants avec antécédents psychiatriques, la suspicion qu'ils aient présenté des troubles du registre psychotique avant l'incarcération persiste en raison d'hallucinations anciennes, d'un éventuel délire chronique ou d'un doute sur une décompensation psychotique préalable. Cela met donc en doute le diagnostic de 1<sup>er</sup> épisode psychotique en prison, puisqu'il est difficile de juger sur la seule anamnèse du patient s'il s'agit de prodromes ou d'antécédents psychotiques francs. Un tiers des participants mentionne des antécédents de tentamen (n=9) ou d'auto-mutilations type scarifications (n=4). Les antécédents psychiatriques éventuels ne sont pas connus pour plus d'un tiers des participants (n=10).

Les antécédents psychiatriques familiaux éventuels sont encore plus incertains, et restent non connus dans la grande majorité des cas (n=23). Pourtant, une anamnèse familiale positive pour des troubles psychiatriques est un facteur de risque important de développer soi-même des troubles psychotiques (59). Le facteur de risque le plus significatif de développer une schizophrénie est l'anamnèse familiale positive (60). Nous pouvons constater qu'un des obstacles à une prise en charge psychiatrique optimale des personnes placées en détention est la méconnaissance des antécédents personnels et familiaux. Il est en effet particulièrement difficile de les retrouver car beaucoup n'ont pas bénéficié de réel suivi médical avant leur incarcération. De plus, l'hétéro-anamnèse auprès des proches est le plus

souvent totalement impossible au vu de l'isolement inévitablement induit par la prison. Le patient lui-même devient la seule source d'information, d'une fiabilité variable.

### **Délai entre incarcération et décompensation**

Le délai entre l'arrestation et le début de l'épisode est très variable, allant de 1 jour à 5 ans de détention, avec une moyenne de 10 mois. Ce délai est relativement long, sachant que 75% des peines durent moins de 10 mois dans le canton de Vaud (48). Un petit groupe de patients a présenté des symptômes psychotiques déjà après quelques jours de détention (n=4), d'autres après environ un mois (n=4) ou environ six mois (n=5). La majorité des cas se sont déclarés après environ un an de détention (n=8). Certains ont décompensé après une période de détention de deux, trois voire cinq ans (n=3). Enfin, dans de rares cas le début des symptômes est insidieux, de sorte que nous ne pouvons pas retenir de date précise (n=2). Il serait intéressant d'étudier les facteurs associés à une décompensation plus rapide ou plus tardive après la mise en détention.

### **Conditions de détention au moment du début de l'épisode psychotique**

Chez les participants, la décompensation a eu lieu le plus souvent en détention avant jugement (n=12), mais aussi en exécution de peine (n=8), en exécution de peine en prison préventive (n=4) et en zone carcérale (n=2).

### **Prodromes**

Les éventuels prodromes soulèvent une question importante : pourrait-on repérer un patient à risque avant la survenue du premier épisode psychotique ? Dans notre collectif de patients, la moitié environ n'avait pas présenté de signes reconnus comme avant-coureurs de la décompensation. Pour les autres, il peut y avoir des comportements étranges mentionnés par « bizarreries » dans le dossier, des notions d'idées suicidaires, une tendance à l'hétéro-agressivité, des difficultés relationnelles remarquées par les agents de détention, ou une fluctuation des affects relevée par le psychiatre.

Parmi les patients étudiés, la moitié (n=13) avait bénéficié d'une consultation psychiatrique avant le début de l'épisode, pour la prescription de méthadone ou de somnifères, en raison d'idées suicidaires, ou parce qu'ils avaient attiré l'attention par un comportement étrange, un discours particulier, des croyances bizarres ou des pensées magiques. Les autres n'avaient pas manifesté de signes justifiant un entretien psychiatrique ou ont décompensé très tôt après leur incarcération ce qui n'a pas laissé de délai suffisant pour une consultation. Une psychose débutante peut entraîner des modifications de perception, de pensée, de communication et d'interaction sociale, d'expression émotionnelle ainsi que de comportement. La variété de ces signaux d'alerte accentue la difficulté à reconnaître et identifier comme tels les premières manifestations d'une éventuelle psychose (61).

### **Éléments cliniques et symptomatologie**

Les épisodes psychotiques vécus par les participants se manifestent par diverses formes de délire, avec le plus souvent une thématique de persécution (n=15), mais aussi d'influence (n=5), mystique (n=2), de possession (n=2), de culpabilité (n=1), de concernement (n=1), de grandeur (n=1) ou d'identité (n=1). Certaines personnes présentent des délires avec plus d'une thématique, et elles sont donc comptées plusieurs fois. Les hallucinations constituent le symptôme positif le plus souvent rapporté, avec en premier lieu des hallucinations auditives verbales, et plus rarement des hallucinations visuelles, auditives non verbales, psychiques et

olfactives. Les manifestations associées remarquées sont principalement l'agitation psychomotrice et l'auto- et l'hétéro-agressivité, les épisodes clastiques. Un repli sur soi, une désorientation ou une désinhibition sont parfois également signalés.

### **Traitement et adhérence au traitement**

Les patients ont reçu un traitement anti-psychotique type Risperdal, Truxal, Zyprexa ou Seroquel s'ils acceptaient la médication. Ils sont 3 à avoir refusé tout traitement anti-psychotique tout au long de l'épisode. L'adhérence au traitement est un problème récurrent, avec seulement une minorité de situations où le thérapeute déclare que l'adhérence du patient est bonne tout au long du traitement (n=8). Pour les autres l'adhérence est nulle (n=3), médiocre (n=2) ou encore partielle/aléatoire (n=7). Dans deux cas l'adhérence est partielle puis le patient refuse de poursuivre le traitement (n=2). Dans les cas restant l'adhérence du patient n'est pas connue (n=4). Au cours de l'épisode, 15 patients ont dû être hospitalisés, avec des séjours tant à l'UHPP<sup>2</sup> (n=11) en phase aiguë souvent pour une durée courte de quelques jours à quelques semaines qu'à l'UP<sup>3</sup> (n=11) souvent pour une durée plus prolongée. Les patients se rendent parfois d'abord à l'UHPP puis à l'UP ou vice-versa. D'autres n'ont pas été hospitalisés (n=11) au cours de l'épisode.

### **Évolution**

L'évolution de ce 1<sup>er</sup> épisode psychotique est variable d'un patient à l'autre et l'évolution à long terme n'est souvent pas connue puisque certains patients ne sont pas suivis par la psychiatrie publique après leur sortie de prison. La durée du suivi après l'épisode varie d'un patient à l'autre en fonction de la durée de la peine privative de liberté, ce qui est une limitation importante à la comparaison de l'outcome. Certains connaissent une résolution des symptômes (n=7), d'autres une amélioration ou rémission partielle (n=5), un troisième groupe est confronté à une rechute avec un 2<sup>ème</sup> épisode psychotique (n=6) et plusieurs patients sont confrontés à une chronicisation des symptômes (n=7), c'est-à-dire que les troubles persistent plus de 6 mois ou sont toujours présents à la sortie du patient. Trois patients ont eu un 1<sup>er</sup> épisode résolutif, puis ont dû faire face à une rechute et leurs symptômes se sont chronicisés au décours du 2<sup>ème</sup> épisode. Nous relevons donc 10 patients qui développent des troubles psychotiques chroniques au cours de la détention, au décours de ce qui semblait être un premier épisode psychotique aigu. Un des patients a mis fin à ses jours au cours des premiers jours de l'épisode. Le pronostic est globalement sombre puisque seuls 7 des 26 participants connaissent une résolution sans rechute ni persistance de symptômes à long terme.

### **Vrai 1<sup>er</sup> épisode ?**

La question de savoir si le patient présentait réellement un « 1<sup>er</sup> épisode psychotique en milieu carcéral » s'est posée au cours de l'analyse de chaque dossier. En effet, dans la plupart des cas, le parcours de vie et de soin préalable est méconnu et les antécédents psychiatriques personnels connus sont uniquement ceux que le patient rapporte. Au cours de la récolte de données, nous avons exclu de l'étude les patients chez qui des troubles psychotiques francs étaient déjà connus avant l'incarcération. Parmi les 30 dossiers annoncés par les psychiatres comme « 1<sup>er</sup> épisode psychotique en milieu carcéral », 4 ont été exclus rapidement en raison de forts arguments pour une psychose préexistante. De plus, chez 10 des 26 patients

---

<sup>2</sup> Unité Hospitalière de Psychiatrie Pénitentiaire, Curabilis à Genève

<sup>3</sup> Unité Psychiatrique, au sein de l'établissement pénitentiaire

sélectionnés pour cette étude, un doute sur une éventuelle décompensation préalable ou d'éventuels troubles psychotiques préexistants persiste.

Vrai 1<sup>er</sup> épisode probable (n=16)

Notion d'hallucinations de longues dates (n=2)

Suspicion de délire chronique (n=5)

Suspicion de décompensation préalable dans un contexte d'incarcération ou non (n=3)

### **Rôle de l'incarcération sur l'émergence des troubles psychotiques**

L'influence de l'incarcération et des conditions de vie en détention est, dans la plupart des cas, difficile à définir et comporte une part de subjectivité. Au cours de l'analyse, le Dr Marcot et moi-même avons systématiquement discuté du rôle de l'incarcération et de la détention sur les troubles psychotiques débutant. Dans certains cas, l'absence d'indices de troubles psychiques préexistants, le parcours de vie et les conditions de survenue permettent de supposer que l'incarcération joue un rôle de déclencheur ou représente en tous cas un élément favorisant l'émergence de la psychose (n=14). Dans d'autres, il nous est impossible de nous prononcer sur l'influence de la prison, au vu de la multitude de facteurs de risque ou de doutes sur des troubles psychotiques chroniques non diagnostiqués (n=10). Enfin, le rôle de révélateur nous semble être nettement plus probable dans une minorité de situation (n=2).

### **Exploration quantitative**

Quels sont les facteurs associés à une résolution des symptômes plutôt qu'à une chronicisation ? Comment prédire le pronostic ? Quels sont les facteurs associés à un délai plus court entre incarcération de décompensation ? Nous avons exploré ces questions à l'aide d'outils statistiques sur R, tels que les « R trees ». Nous n'avons toutefois pas mis en évidence d'associations significatives entre les différents éléments testés. Comme notre échantillon est petit, ces tests manquent de puissance et ne pourraient pas détecter d'effet faible. Ces tests seraient à reproduire dans une plus grande cohorte !

## Comparaison entre le groupe de détenus confrontés à un 1<sup>er</sup> épisode psychotique et la population carcérale vaudoise

### Caractéristiques épidémiologiques

Tableau 1

	1 <sup>er</sup> épisode psychotique en milieu carcéral, Vaud, 2013-2017 (N=26)	Population carcérale vaudoise, statistiques SMPP, 2013-2017 (48) (N=2345-2925 suivant les années)	Objectif de la comparaison
Détenus d'origine suisse	0%	20% (p = 0.005) <sup>a</sup>	Comparaison avec la représentation moyenne de détenus originaires de Suisse entre 2013 et 2017
Femmes	4%	7.9% (p = NS) <sup>a</sup>	Comparaison avec la représentation féminine moyenne entre 2013 et 2017
Âge au moment de l'incarcération	Âge moyen = 30.2	Âge moyen = 31.74 (p = NS) <sup>b</sup>	Comparaison avec la moyenne d'âge de la population carcérale vaudoise sur l'année 2016 (N=2925)

#### Origine

La proportion de personnes d'origine étrangère est significativement plus élevée parmi les détenus qui vivent une première décompensation psychotique que parmi l'ensemble des détenus vaudois.

#### Sexe

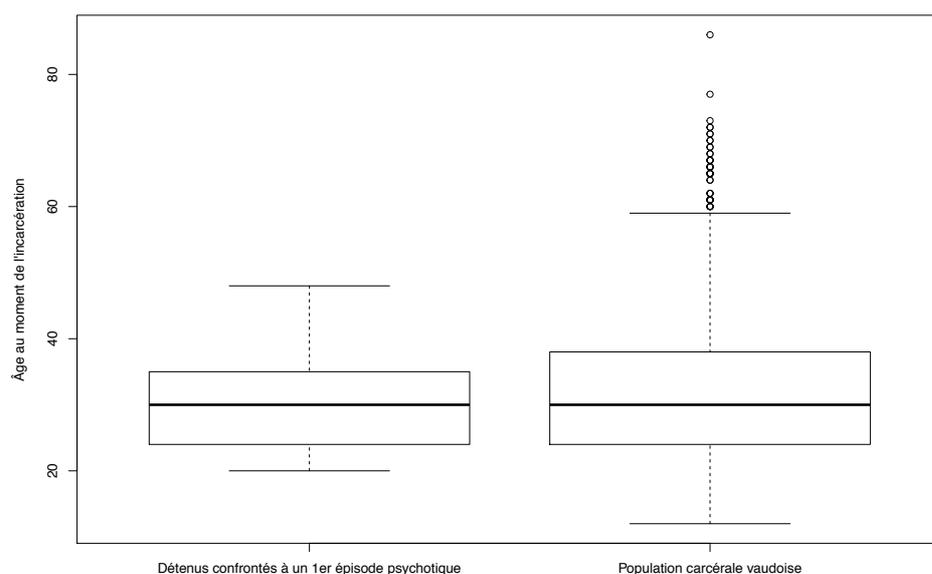
La proportion homme/femme parmi le collectif de patients étudiés n'est pas significativement différente de la représentation féminine et masculine moyenne en prison. En effet, dans les prisons Vaudoises, seules 7 à 9% (selon les années) des personnes détenues sont des femmes (48).

#### Âge au moment de l'incarcération

La moyenne et la médiane d'âge au moment de l'incarcération dans notre échantillon sont très proches de celles de tous les détenus des prisons vaudoises au cours de l'année 2016 (Tableau 1, Figure 1). Par contre, la dispersion est réduite.

<sup>a</sup> Exact binomial test

<sup>b</sup> Student t-test



**Figure 1.** Comparaison de la distribution de l'âge au moment de l'incarcération entre notre échantillon et la population carcérale vaudoise globale. (Valeurs médianes et dispersion : étendue interquartile (50%) et moustaches (25% supérieurs et inférieurs)).

## Consommation de substances

**Tableau 2**

	1 <sup>er</sup> épisode psychotique en milieu carcéral, Vaud, 2013-2017 (N=26)	Statistiques 2016 du SMPP(48), consultations infirmières (N=2925)	Population carcérale vaudoise en 2011, Moschetti et al (62) (N= 1664)	Population carcérale de la prison préventive de Champ-Dollon, 2007, Wolff et al (63) (N= 2195)
Consommation problématique d'alcool/dépendance à l'alcool	34%	17% (p = 0.031) <sup>a</sup>	18.9% (p = NS) <sup>a</sup>	34.8% (p = NS) <sup>a</sup>
Dépendances ou abus de substances illicites	69%	38% (p = 0.002) <sup>a</sup>	32.2% (p = 0.002) <sup>a</sup>	40.2% (p = 0.004) <sup>a</sup>
Consommation de cannabis	61.5%		-	28.4% (p < 0.001) <sup>a</sup>
Substitution	15%	7% (p = NS) <sup>a</sup>	-	-

Ces résultats suggèrent une surreprésentation de consommation de substances illicites (cannabis inclus) dans notre échantillon. Ce résultat sera à confirmer à l'aide d'études quantitatives avec un plus large échantillon et en appliquant les mêmes critères dans les deux groupes. L'écart important entre les proportions estimées dans les différentes études montre la difficulté d'obtenir des données fiables et reproductibles pour évaluer la consommation de substances.

## Motifs d'incarcération

Tableau 3

	1 <sup>er</sup> épisode psychotique en milieu carcéral, Vaud, 2013-2017 (N=26)	Population carcérale vaudoise, statistiques SMPP 2016 (48) (N tot=2925, Ncalcul=2697)*
Délits contre des personnes	48%	19% (p < 0.001) <sup>a</sup>
Délits contre des biens	68%	45% (p = 0.026) <sup>a</sup>
Infraction loi stupéfiants	44%	55% (p = NS) <sup>a</sup>
Séjours illégaux	52%	40% (p = NS) <sup>a</sup>

\*Dans le calcul du nombre total de détenus, sont soustraits les détenus pour lesquels nous n'avons pas de renseignements sur le motif d'incarcération ou si la seule information est « Autres », ce qui ne permet de déterminer la catégorie du motif d'incarcération.

**Délits contre des personnes** : meurtre, assassinat (ou tentative), homicides, actes d'ordres sexuels avec des enfants/personnes dépendantes ou personnes incapables de discernement, inceste, atteinte à la liberté et l'honneur sexuel/contrainte sexuelle, viol, exhibition, pornographie, brigandage, etc.

**Délits contre des biens** : infraction contre le patrimoine (vols/brigandage, escroquerie) rachats d'amende, etc.

**Infraction loi stupéfiants** : Infraction ou contravention à la loi sur les stupéfiants

**Séjours illégaux** : infractions à la LSEE (loi sur le séjour et l'établissement des étrangers) ou à la LEtr (Loi sur les étrangers)

**Autres** : tous les autres motifs non compris dans les catégories ci-dessus (incendies intentionnels, infraction à la LCR, etc.)

Chaque détenu peut avoir un ou plusieurs motifs d'incarcération, ce qui explique pourquoi la somme des pourcentages dépasse le 100%. Le calcul est réalisé en dénombrant pour chaque catégorie de délits le nombre de détenus concernés pour le rapporter au nombre total de détenus. Cela correspond donc à la proportion de détenus concernées par chaque catégorie de motifs d'incarcération.

La fréquence observée d'incarcération pour des délits contre des personnes et contre des biens est significativement supérieure dans notre échantillon de personnes qui développent un premier épisode psychotique en milieu carcéral que dans la population carcérale générale. La différence est particulièrement significative pour le motif d'incarcération « délits contre des personnes ».

## Résultats des entretiens semi-structurés

Afin de recueillir des informations sur le vécu subjectif de l'épisode psychotique en milieu carcéral, de discuter des facteurs de stress et d'anxiété ayant potentiellement favorisé l'émergence des troubles psychotiques mais aussi des éléments qui peuvent aider à supporter ces troubles, nous avons rencontré deux patients. Les entretiens ont été menés au service médical de la prison par Lauranne Chapuisat et Dominique Marcot.

### 1<sup>er</sup> entretien

Notre premier patient a 40 ans, est originaire du Nigeria et s'est vu condamner à plusieurs années de privation de liberté pour une affaire de trafic de stupéfiants. Il se trouve en prison depuis cinq ans et a été confronté à un 1<sup>er</sup> épisode psychotique après 9 mois de détention, alors qu'il se trouvait en détention avant jugement. Ce patient semble avoir bien fonctionné

avant son incarcération, ne rapporte aucun antécédent psychiatrique personnel ou familial et a même fréquenté l'université dans son pays d'origine.

A la consultation réalisée lors de son entrée en prison, rien de particulier n'est relevé à part une dépendance ancienne au cannabis et une dépendance récente à la cocaïne. L'infirmier ne voit donc pas d'indication à un suivi psychiatrique en l'absence de demande explicite du patient. Quelques mois plus tard, il développe un délire d'influence, a la conviction délirante d'être infecté par le VIH et présente des angoisses importantes. Il est hospitalisé à l'unité psychiatrique pour quelques temps et reçoit du Risperdal avec une bonne adhérence thérapeutique et la résolution des symptômes. Il décide d'arrêter son traitement puis connaît un nouvel épisode qui va être lui aussi résolutif. Il est maintenant stabilisé sans traitement pharmaceutique depuis deux ans, va mieux, a pris du recul par rapport à ce qu'il a traversé et peut en parler en montrant une bonne capacité d'introspection.

Nous avons eu des échanges très riches autour de la symbolique de l'enfermement, de la perte de la liberté et de la souffrance psychique qui en découle. La solitude et l'absence de liberté de mouvement l'ont particulièrement affecté. Il raconte avoir été obsédé par des pensées de plus en plus envahissantes et avoir perdu leur contrôle, aux prises avec des pressions de plus en plus grandes au fil du temps passé en prison. Lucide, il se souvient des attaques de panique, des angoisses et de la paranoïa qui l'avaient envahi comme jamais auparavant. Pour lui, il n'y a pas de doute, l'enfermement a déclenché ses troubles psychotiques. Il n'avait jamais connu de tels problèmes et il ne connaît personne dans sa famille à qui s'est arrivé. Il parle en son nom et pour d'autres détenus et nous avoue que la détention préventive, dans l'attente du jugement est la plus pénible. Pour lui, c'est surtout cet élément qui rend la détention avant jugement si difficile à vivre et non les différences de conditions de détention (promenades, activités etc.). Il rapporte le stress engendré par l'incertitude face à l'avenir, les palpitations les sueurs froides et la perte d'appétit quand on apprend qu'on a reçu un simple courrier. Il pense que les détenus sont nombreux à devenir « plus agressifs, plus angoissés, plus fous » au cours de la détention.

Lorsqu'on lui demande quelles modifications des conditions de vie pourraient aider les détenus à supporter l'incarcération, il réfléchit puis déclare que « la prison, c'est la prison et pas l'hôtel, qu'il faut que ça reste une punition ». Il dit que bien sûr, les conditions de vie décentes sont importantes, mais qu'il s'agit ici de souffrance purement psychique liée à la privation de liberté. Il insiste toutefois sur l'importance des contacts et des échanges possibles ou non en cellule, au cours des repas, des promenades ou des activités sportives. L'unité de vie où il a vécu ensuite lui a permis d'avoir plus de contacts sociaux ce qui l'a aidé. Sa foi chrétienne lui a aussi été d'un grand soutien. Il semble satisfait des soins psychiatriques qu'il a reçus en prison, au niveau des traitements, du lien thérapeutique et du transfert à l'unité psychiatrique. Il dit encore que les autres détenus ne peuvent souvent pas vraiment aider, que ce sont plutôt les agents de détention et le personnel soignant qui interviennent.

Il est très calme et exprime une certaine résilience face à sa longue détention. En fin d'entretien, il nous remercie et espère que notre échange nous permettra d'aider d'autres détenus.

## 2<sup>ème</sup> entretien

Notre 2<sup>ème</sup> patient a 41 ans, est originaire du Sri-Lanka et a été condamné à une peine d'emprisonnement suite à l'assassinat de sa femme, quelques mois après la naissance de leur premier enfant. Le lendemain des faits, l'expertise psychiatrique qu'il a subie a conclu à un « épisode dépressif sévère sans caractéristique psychotique et a relevé une personnalité à traits paranoïaques ». Il souffrait également d'une thyroïdite auto-immune de Hashimoto au moment des faits. Les troubles psychotiques manifestes sont apparus insidieusement au cours de la détention en exécution de peine et nous ne pouvons dire précisément à quel moment la décompensation a eu lieu. Il est actuellement aux prises avec un délire systématisé qui se chronicise et évolue vers une schizophrénie paranoïde.

Au cours de l'entretien, il nous expose une succession d'idées délirantes et ne semble avoir aucune conscience de ses troubles psychotiques. Il décrit des sensations physiques étranges qui l'ont envahi depuis son incarcération, comme des vertiges, des bruits très forts, des perceptions étranges, des brûlures dans les pieds, une dyspnée et une sensation de perte de contrôle de ses pensées. Il dit être devenu complètement différent « d'avant ». Il est très interprétatif, nous dit que la naissance de son fils a provoqué le tsunami de 2004 et qu'il a donc voulu devenir végétarien. Il est aussi persuadé que lorsqu'il reçoit une visite, un agent de détention quitte la prison. Pour lui, la plupart des agents de détention sont des dieux (ou des diables) qu'il est ravi de pouvoir côtoyer en prison. Il se demande pourquoi il n'est pas mort alors qu'il a tué sa femme, trouve qu'il mériterait qu'on le batte à mort à son tour. Il a parfois l'impression que tout ce qui l'entoure est un autre monde, qu'il est en fait déjà décédé.

Il nous raconte les violences conjugales parentales auxquelles il a assisté enfant et la maltraitance physique qu'il a subie. Il nous fait part des troubles psychiques d'un de ses frères qui avait « pété les plombs » et dû être hospitalisé dans un contexte peu clair. Il est très positif sur les soins médicaux reçus en prison, déclare que les infirmiers et médecins sont « toujours là pour nous sauver », il est calme et souriant en fin d'entretien.

Il semble ressentir une culpabilité extrême d'avoir tué sa femme, qu'il vit sur un mode délirant. Il présente une anorexie psychotique et se sert de ses repas comme offrandes aux dieux dans un système très organisé, où chaque jour de la semaine est dédié à un dieu différent, emprunté à différentes religions ou tiré de sa vie personnelle (sa femme, son fils, etc.). De plus, il présente une discordance idéo-affective et semble exprimer sa souffrance psychique par des symptômes physiques plutôt que par des mots.

A posteriori, il est très difficile de savoir si des troubles psychotiques à bas bruit étaient déjà présents avant l'incarcération ou s'il interprète rétrospectivement les événements du passé à travers son délire actuel. L'expertise, dont le premier entretien a été réalisé le lendemain des faits, n'avait pas retrouvé de « signes florides de la lignée psychotique ».

Dans la situation de ce patient, des liens entre les idées délirantes éventuellement déjà présentes (type prodromes ou psychose débutante ?) et le délit commis, ainsi qu'entre le délit et la décompensation psychotique pourraient exister. Le traumatisme d'avoir assassiné sa femme et d'être incarcéré, ainsi que la culpabilité qui en découle, pourraient avoir contribué à accentuer la symptomatologie délirante, où le crime commis reste un sujet central, présent dans tous les entretiens. Nous ne pouvons pas juger des interactions réelles entre les éléments

psychotiques et pénaux dans ce cas, particulièrement pas plusieurs années après les faits et uniquement sur la base des informations relevées dans le dossier médical ainsi qu'au travers du discours délirant du patient. Nous pouvons par contre relever l'impact du délit commis sur la thématique du délire (culpabilité et expiation par l'offrande, sentiment qu'il devrait être mort pour avoir tué, jugement et impression que les êtres qui l'entourent sont des dieux ou des démons).

## Discussion

### Discussion des principaux résultats

Certaines caractéristiques diffèrent entre les détenus confrontés à un 1<sup>er</sup> épisode psychotique en milieu carcéral et la population carcérale globale. Plus grande prévalence de facteurs de risque de développement de troubles psychotique ou événements vécus entraînant une vulnérabilité plus grande au stress de l'incarcération, ces facteurs plus spécifiques au groupe « psychose » méritent d'être étudiées plus en profondeur.

La surreprésentation des personnes d'origine étrangère dans ce groupe est intéressante. Les raisons à cela pourraient être les traumatismes vécus par les personnes migrantes dans leur pays d'origine, au cours du parcours migratoire, ou à l'arrivée en Suisse (vulnérabilité socio-économique, isolement social) qui sont des facteurs de risque pour le développement d'une psychose (64). De plus, nous pouvons imaginer que les personnes ayant toujours vécu en Suisse et présentant eux aussi des facteurs de risques de décompensation ont été mieux prises en charge dans le système de santé suisse et ne se sont pas retrouvées aussi marginalisées et ne se retrouvent pas, ou plutôt moins souvent, en prison. Il y a cependant également des « étrangers » qui ont toujours vécu en Suisse mais ne sont pas titulaires de la nationalité Suisse, ce qui peut constituer un biais dans l'interprétation des données. Dans notre échantillon, cela concerne un des participants.

La dispersion plus réduite pour l'âge des détenus confrontés à un premier épisode psychotique pourrait être due au nombre de participants restreint dans notre échantillon, mais pourrait aussi être liée à l'absence de personnes très âgées, puisque les troubles psychotiques apparaissent le plus souvent chez les hommes jeunes.

La consommation de substances est, de manière générale, très répandue parmi les personnes détenues et il est intéressant d'étudier si les problèmes de dépendance sont plus fréquents ou plus sévères chez les détenus qui vivent une décompensation psychotique. La consommation de substances est fortement associée avec un plus grand risque de développer des troubles psychiatriques dans la population carcérale et mérite donc une attention toute particulière (65). Plusieurs substances, dont la plus étudiée est le cannabis, ont été incriminées comme facteur de risque de développer des troubles psychotiques dans la population générale (66, 67). Par ailleurs, l'apparition d'éléments psychotiques peut également favoriser le développement d'une consommation de substances, qui peut être utilisée comme moyen pour diminuer l'anxiété ou échapper à la détresse associée au vécu psychotique. Une méta-analyse a par exemple mis en évidence le lien entre troubles psychiatriques pendant l'enfance et développement d'abus de substance par la suite (68). L'association des deux pourrait

également être due à des facteurs de risques communs, prédisposant à la fois à la consommation de substances et au développement de troubles psychotiques, comme le suggèrent certaines études récentes (69). On pourrait par exemple citer la précarité socio-économique (70) ou certains traumatismes vécus (71). L'intrication de multiples facteurs de risque rend l'identification de leur rôle respectif complexe. Le risque est-il cumulatif, dans un modèle multiplicatif ou additif (72)? Les experts ne sont pas unanimes sur la question.

Les motifs d'incarcération « délits contre des personnes » et « délits contre des biens » sont surreprésentés par rapport à la population globale. Contrairement aux délits de type « séjours illégaux » ou aux « infractions à la loi sur les stupéfiants » dont la fréquence n'est pas significativement différente. Ces résultats suggèrent un lien entre le développement de troubles psychotiques et un spectre de délits différent particulier. Ce lien peut être envisagé dans les deux sens : influence du délit sur le développement de troubles psychotiques ou influence d'un profil psychologique « à risque de psychose » sur le délit commis.

### **1<sup>er</sup> épisode en milieu carcéral : l'incarcération comme déclencheur de la maladie ou comme révélateur et opportunité de dépistage et de traitement ?**

L'influence réelle de l'incarcération et des conditions de vie en détention est, dans la plupart des cas, difficile à définir. Tous les participants étudiés présentent d'autres facteurs de risque de développement de troubles psychotiques tels que migration dans l'adversité, consommation de substances, maltraitance subie ou encore abandon et séparation précoce des parents. Chez certains patients, l'incarcération semble représenter plutôt un révélateur de troubles préexistants et une porte d'accès aux soins, au vu des antécédents connus, voire de la suspicion de troubles délirants préalables à l'incarcération. Pour d'autres, l'incarcération peut représenter le déclencheur de la décompensation, comme l'affirme un des détenus interviewés, persuadé qu'il n'aurait jamais développé de troubles psychotiques s'il n'avait pas été incarcéré. L'incarcération peut aussi être le déclencheur d'une nouvelle décompensation même si le patient a déjà été confronté à des troubles psychotiques dans d'autres circonstances. Lors de la lecture de certains dossiers, l'impression que la détention peut jouer un rôle de déclencheur est très forte, mais ce travail ne permet pas d'affirmer d'un rôle causal de la prison dans la décompensation psychotique, au vu des nombreux autres facteurs de risque pouvant favoriser l'émergence de troubles psychotiques. Le concept de « causalisme circulaire » proposé par Sami-Ali (73) et repris par Englebert dans son ouvrage sur le « gate fever »(74), permet de penser la relation entre psychose et prison comme un phénomène où s'associent un ensemble de facteurs, par opposition au « causalisme linéaire ».

### **Barrières à l'adhérence aux traitements en prison**

Si les personnes détenues présentent un risque plus élevé de psychose, la prise en charge et le traitement de leur maladie sera lui aussi influencé par la détention. Certaines caractéristiques de l'univers carcéral peuvent nuire à l'adhérence et donc à l'efficacité du traitement. En effet, l'adhérence au traitement est un élément déterminant pour la réussite du traitement d'un épisode psychotique. Elle peut être très difficile à obtenir en raison d'enjeux moraux, personnels et sociaux et de l'anosognosie parfois associée aux troubles psychotiques ou encore au vécu de persécution qui accompagne la pathologie, notamment lors d'épisodes de dépersonnalisation. En prison, le traitement médicamenteux peut être perçu comme une punition ou une mesure de plus allant à l'encontre de la liberté de la

personne à s'autodéterminer mais également être angoissante pour un patient qui aura peur d'être moins alerte et de ne pouvoir se défendre. De plus, les médicaments psychotropes peuvent être vendus ou échangés en prison, où le trafic de psychotropes n'est pas rare (75).

### **Éléments cliniques : difficultés diagnostiques et nosologiques**

Plusieurs participants déclarent avoir entendu des voix depuis l'enfance sans n'avoir jamais consulté pour ces symptômes. La présence d'hallucination signe-t-elle déjà l'épisode psychotique ou la schizophrénie ? Peut-on à ce stade considérer qu'il s'agit de prodromes d'une décompensation ou s'agit-il déjà de troubles psychotiques et d'un délire chronique ? Une étude scandinave rapporte que 7.3% de la population générale a présenté des hallucinations auditives verbales au moins une fois dans sa vie. Ceux qui rapportent des hallucinations ont comparativement plus de risque d'être sans emploi et célibataire et rapportent davantage de symptômes dépressifs et anxieux que les autres (76). Bien qu'ils ne nécessitent pas forcément de prise en soins psychiatrique, ils sont plus à risque de développer des troubles psychotiques par la suite (77). Y aurait-il des hallucinations pathologiques et d'autres non pathologiques ? La question est complexe est la réponse reste ouverte. La durée, la fréquence, le caractère désagréable ou angoissant et la capacité à se distancer de ses voix ou visions déterminent l'impact négatif sur le fonctionnement de l'individu. Le rôle de l'environnement et la culture du pays d'origine et du pays d'accueil influence le type de délire et la perception de ce qui est une hallucination. Ainsi, certaines sociétés distinguent de manière plus ou moins stricte ce qui est de l'ordre de l'imaginaire de celui du réel (78). Une approche psychiatrique transculturelle serait essentielle en prison, où la proportion de personnes d'origine étrangère est élevée.

En prison, les troubles délirants seraient jusqu'à 8 fois plus fréquents que dans la population générale (79). Une influence du système carcéral sur la thématique des délires est tout à fait plausible. En effet, nombreux sont les détenus en proie à des idées délirantes à thématique de persécution<sup>70</sup> éventuellement favorisées par les caractéristiques architecturales et organisationnelles de la prison, avec une surveillance intense et une limitation de l'autonomie, donnant l'impression d'être à la merci des agents de détention et autres représentants du système carcéral. Les « psychoses carcérales » comme entité nosologique à part représentent un concept ancien et encore débattu, par rapport aux « épisodes psychotiques survenant en prison » versus aux « épisodes psychotiques survenant sous l'effet des contraintes carcérales ». Certains auteurs estiment qu'il n'y a pas de spécificité clinique des psychoses carcérales alors que d'autres relèvent les délires de persécution dont la thématique est en lien avec le contexte pénitentiaire (perte d'intimité physique et psychique, climat persécutoire etc.) (9). Les arguments plaçant pour une entité spécifique sont l'absence d'épisode antérieur à l'incarcération, des troubles d'apparition brutale et particulièrement intenses mais le plus souvent transitoires et réversibles qui surviennent chez des personnalités vulnérables suite aux traumatismes de l'incarcération. En terme de diagnostic, ces troubles s'apparentent aux psychoses réactionnelles brèves du DSM-IV, aux troubles psychotiques aigus et transitoire de la CIM-10, ou encore aux bouffées délirantes aiguës de l'école française (80).

Les indicateurs précoces d'une psychose peuvent être relativement discrets et difficilement repérable en milieu carcéral, où une certaine méfiance ainsi qu'une attitude de retrait social sont fréquents, tout comme les troubles du sommeil et l'anxiété. Ces signes sont souvent

difficiles à mettre en lien avec une décompensation psychotique imminente, mais il est important de les rechercher, puisqu'ils peuvent permettre d'initier un traitement et, dans certains cas, de prévenir la transition vers un état psychotique caractérisé. Divers auteurs soulèvent toutefois la nécessité d'être prudent avec l'étiquette « à risque de psychose », qui peut s'avérer stigmatisante, ainsi que l'importance d'évaluer les risques et bénéfices d'un traitement, particulièrement au niveau de l'usage des anti-psychotiques (30).

Le début précis de la psychose est parfois difficile à définir, puisque certains symptômes peuvent survenir insidieusement ou être présents de longue date sans que le patient n'ait jamais consulté avant et parfois avec un bon niveau de fonctionnement. La distinction entre un épisode aigu résolutif versus une évolution vers des troubles psychotiques chroniques comme la schizophrénie est parfois délicate et souvent débattue. Les différentes classifications ne sont pas toutes unanimes sur la durée maximale de troubles aigus avant d'être considérés comme chroniques. Selon la CIM-10 ou le DSM-V, il faudrait déjà parler de schizophrénie après un mois de troubles d'allure schizophréniques, alors que dans d'autres références plus anciennes de tradition française (81), il faudrait attendre 6 mois avant de parler de troubles chroniques. Il est intéressant d'observer que dans certains cas, un épisode psychotique peut être résolutif même après de plusieurs mois voire années d'évolution. Une personne atteinte de schizophrénie au long cours peut également présenter des épisodes délimités dans le temps où la symptomatologie est plus aiguë. Certains critères pourraient permettre d'évoquer une schizophrénie au moment de l'apparition d'un épisode psychotique aigu alors que dans la plupart des cas, la schizophrénie débute de manière insidieuse (82). Dans ce travail, nous avons fixé arbitrairement une limite à 6 mois entre les troubles aigus et les troubles chroniques.

## **Limitations de ce travail**

### **Fiabilité des informations**

Les informations relevées sur chaque patient par l'équipe médicale du SMPP se basent le plus souvent uniquement sur l'auto-anamnèse du patient, ce qui pose la question de la fiabilité de ces données. Le patient peut ne pas souhaiter ou ne pas être capable de donner des renseignements exacts, par exemple en raison de son état psychique associé à une éventuelle désorientation ou à des troubles mnésiques, ou encore en raison de difficultés linguistiques, comme une large majorité des détenus ne sont pas de langue maternelle francophone. De plus, une mauvaise distinction entre les autorités, le système judiciaire, les agents de détention et l'équipe médicale ainsi que la peur du manque de confidentialité peuvent être la source d'une certaine méfiance face au personnel soignant et médical. Un patient peut minimiser ses symptômes par peur d'être stigmatisé par les autres détenus ou les agents de détention ou au contraire être amené à exagérer certains symptômes en espérant un meilleur traitement au cours de la détention. Dans le cas où le patient est en situation de séjour illégal en Suisse, le plus souvent avec un parcours migratoire dans l'adversité derrière lui, il peut être tenté de modifier certaines informations de façon à optimiser ses chances d'obtenir l'asile, par exemple en omettant de signaler l'existence de sa famille restée au pays (2).

### **Évolution de l'épisode et limitations au niveau du suivi**

L'évolution de l'épisode psychotique aigu est un élément crucial mais difficile à évaluer de manière objective avec les données à disposition. L'interprétation de l'évolution entre résolution, rémission partielle et chronicisation ainsi que l'existence éventuelle de rechute dépend des informations relevées dans les dossiers médicaux et comporte une part arbitraire, puisque l'interprétation se fait de manière rétrospective et non en fonction de critères établis préalablement. La durée du suivi après l'épisode, permettant de rendre compte de l'évolution, est variable d'un patient à l'autre en fonction de la durée de la détention. Presque chez tous les participants, la libération constitue une « perte de vue » et le suivi s'arrête à ce moment-là. L'évolution à plus long terme est donc inconnue. Afin d'améliorer les résultats et de pouvoir étudier les facteurs associés avec une évolution favorable ou défavorable, il serait intéressant de suivre prospectivement une cohorte de patients confrontés à un épisode psychotique en milieu carcéral sur une période définie, par exemple pendant 10 ans, et d'avoir ainsi d'avantage de recul ainsi que des données comparables à celles de la population carcérale.

### **Propositions de travaux de recherche futurs**

La méthodologie de ce projet de recherche ne permet pas l'analyse quantitative fiable des liens entre les différentes variables ni une comparaison extensive des caractéristiques épidémiologiques et cliniques entre ce groupe de patients et la population carcérale générale ou encore avec les patients qui développent des troubles psychotiques dans la communauté. La raison principale en est nombre très restreint de participants, mais aussi l'absence d'utilisation de scores ou de formulaires reconnus et reproductibles. En effet, lors de la récolte de données, de nombreuses décisions arbitraires, bien que systématiques et justifiées, ont dû être prises afin de pouvoir interpréter les données. De plus, la sélection des participants a été faite sur signalement des psychiatres du service et ne comprend pas la totalité des personnes confrontées à l'apparition de troubles psychotiques nouveaux.

Afin de diminuer ces biais, il serait intéressant de réaliser une étude prospective exhaustive des cas de décompensation psychotique survenant en prison sur une année et de les suivre sur une période définie. L'utilisation de formulaires similaires à ceux utilisés dans le programme TIPP à Lausanne (25) faciliterait une comparaison. Le PANSS (83) pour l'évaluation de la symptomatologie positive ou négative et le PQ-B (84) ou encore le CAARMS (85) pour l'évaluation des prodromes et du risque de développement psychotique permettraient d'améliorer la reproductibilité des résultats. De plus, il serait intéressant d'étudier certains éléments comme les conditions de vie avant l'incarcération, les liens familiaux et le niveau de formation, ainsi que l'existence éventuels d'antécédents psychiatriques personnels ou familiaux, la consommation de substance et la présence d'éléments biographiques traumatisants dans un échantillon de détenus qui ne développent pas de troubles psychotiques. Ce groupe « contrôle » pour lequel les mêmes informations seraient relevées permettrait de distinguer les caractéristiques spécifiques aux patients souffrant de troubles psychotiques de celles communes aux personnes incarcérées. Les motifs d'incarcération seraient également à étudier et à comparer entre les groupes.

## Conclusion

Ce travail met en lumière la grande vulnérabilité des patients confrontés aux troubles psychotiques en prison. L'analyse rétrospective des dossiers révèle que ces patients cumulent les facteurs de risque et les événements adverses, le plus souvent dès l'enfance. Les différentes études sur le sujet mettent en lumière l'importance d'une prise en charge précoce dans la psychose, d'où l'importance de repérer les prodromes dès le début de l'incarcération, en premier lieu chez les patients avec des profils « à haut risque » afin de proposer une prise en charge adaptée.

Le profil type du détenu qui décompense en prison est un jeune migrant célibataire, consommateur de substances, avec un faible niveau de formation et des conditions de vie précaires avant l'incarcération. Les personnes détenues sont globalement nombreuses à avoir vécu dans une situation très précaire déjà avant la délinquance et l'incarcération et les profils de personnes particulièrement vulnérables ne sont pas évidents à repérer puisque les facteurs de risque de psychose sont fréquents dans la population carcérale. Toutefois, certains détenus les cumulent et doivent faire l'objet d'une attention particulière. Une association de plusieurs des caractéristiques suivantes est à rechercher : antécédents psychiatriques personnels ou familiaux, parcours migratoire ou autre événement adverse vécu, consommation de substances, motif d'incarcération de type « délit contre des personnes ». La vulnérabilité particulière des migrants forcés est encore à étudier afin de pouvoir améliorer leur prise en charge psychiatrique et de mieux comprendre les liens entre la migration et le développement de troubles psychotiques et donc éventuellement les mécanismes en jeu dans l'installation de la psychose.

La migration représente un enjeu sociétal majeur et très actuel, bien qu'il ne s'agisse pas d'un phénomène nouveau. Le parcours migratoire a un impact important sur la santé mentale et engendre un problème de santé publique à l'échelle mondiale, tant au niveau individuel que collectif. La migration comme facteur favorisant le développement de troubles psychotiques (entre autres troubles psychiatriques) chez les personnes migrantes mais également chez leurs descendants directs a été proposée dans de nombreuses études, ce qui crée des inégalités non négligeables. Si on compare les migrants et leurs descendants avec la population du pays d'accueil, on observe un risque nettement plus élevé de remplir les critères de psychose (86). Ce constat ne permet pas de tirer de conclusions sur les mécanismes de causalité entre la migration et la psychose. Il permet toutefois d'attirer l'attention sur la vulnérabilité des personnes migrantes et réfugiées (87). Les prédictions des différents organismes internationaux sont alarmantes et, dans un monde de plus en plus instable, il y aura de plus en plus de migrants qui fuiront des pays devenus invivables (88). La prison, surtout en détention préventive, est un lieu dans lequel sont regroupés les migrants, pour des raisons démographiques et politiques. La population migrante étant principalement constituée d'hommes jeunes issus de milieu socio-économiques modestes avec un niveau de formation plutôt bas et provenant de pays instables ou en guerre, elle représente un groupe où le taux de criminalité est comparativement élevé. De plus, il semblerait que les personnes de nationalité étrangère soient dans certains cas plus facilement placées en détention préventive que les nationaux, pour des délits similaires, parfois dans l'attente d'un renvoi dans le pays d'origine, et parce que les mesures de substitution leur sont moins souvent appliquées (89, 90). Notons encore que les actions les plus efficaces pour combattre le

phénomène criminel sont sociales et éducatives, englobant les politiques d'intégration des étrangers (90).

L'incarcération peut représenter le déclencheur d'un premier épisode psychotique, à travers les traumatismes liés à l'univers carcéral, ce qui soulève la question de la psychose carcérale, avec certaines spécificités éventuelles, comme une clinique très aiguë et de bonnes chances de réversibilité. Dans d'autres cas, l'incarcération représente le révélateur de troubles préexistants, ainsi qu'une opportunité de diagnostic et de traitement. Dans ce cas, le pronostic est éventuellement plus sombre puisque les troubles sont déjà chroniques ou récidivants et ne sont pas réactionnels à l'incarcération.

Le code pénal Suisse prévoit que « L'exécution de la peine privative de liberté [...] doit correspondre autant que possible à des conditions de vie ordinaires, assurer au détenu l'assistance nécessaire, combattre les effets nocifs de la privation de liberté et tenir compte de manière adéquate du besoin de protection de la collectivité, du personnel et des codétenus. » (91). Il faudrait donc tenir compte des vulnérabilités psychiques des détenus, en pensant les prisons en fonction des besoins fondamentaux des personnes fragiles, à savoir vivre dans un environnement sécurisant, d'avoir des occupations valorisantes, des relations sociales qui soient soutenantes et une certaine autonomie (92). Cela implique de faire véritablement évoluer le système pénal, afin d'y introduire plus de place pour l'individualité, pour l'adaptation de l'environnement de vie et des conditions de détention en fonction de la personne, d'autant plus si, comme le mentionne le code pénal Suisse, on souhaite que la peine privative de liberté améliore le « comportement social du détenu, en particulier son aptitude à vivre sans commettre d'infractions » (91).

La population carcérale est particulière sur le plan de la santé, puisqu'elle cumule les besoins et les vulnérabilités. La prison étant un milieu tissé de contraintes et donc de stress, l'enjeu est de penser une prison qui puisse prendre en compte les besoins de santé et de prévention de la psychose. Le but serait d'offrir un réel lieu de soin à celles et ceux qui en ont le plus besoin, afin que la détention leur soit profitable et leur permette d'acquérir les moyens de sortir de la délinquance et d'accéder à la meilleure qualité de vie possible. Il s'agit d'une mesure sociale primordiale surtout si « la force de la communauté se mesure au bien-être du plus faible de ses membres », comme l'affirme le préambule de la Constitution Suisse (93). Les origines de la réflexion sur les prisons sont anciennes et Jean Mabillon, moine bénédictin du 17<sup>ème</sup> siècle, se souciait déjà du sort réservé aux détenus des prisons des ordres religieux : « C'est un grand défaut de ne pas prendre toutes les précautions possibles pour proportionner les peines aux forces de corps et d'esprit d'un coupable » (94). Cette revendication de « proportionnalité » et d'« adaptation » implique une certaine flexibilité du système carcéral qui ne correspond pas à l'imaginaire populaire de la prison, bien qu'elle serait très probablement bénéfique aux détenus et à terme à la société toute entière, puisque leur réinsertion serait favorisée. Une réelle évolution en ce sens nécessite toutefois une volonté politique et citoyenne d'ouverture des prisons, ce qui est difficile à obtenir dans un contexte où les exigences sécuritaires sont de plus en plus élevées et les pressions économiques constantes.

L'« Ensemble de règles minima pour le traitement des détenus » ou règles Nelson Mandela adoptées en décembre 2015 par l'Assemblée générale de l'ONU mentionnent que « les

personnes qui ne sont pas tenues pénalement responsables, ou chez lesquelles un handicap mental ou une autre affection grave est détectée ultérieurement, et dont l'état serait aggravé par le séjour en prison, ne doivent pas être détenues dans une prison et des dispositions doivent être prises pour les transférer aussitôt que possible dans un service de santé mentale » (95). Il nous faut être prudent pour que les prisons ne deviennent pas « ce qu'était l'hôpital à la fin du XVIIIe siècle, le lieu où l'on entreposait tous ceux dont les conduites n'étaient pas adaptées à la société, délinquants, malades mentaux, étrangers, Gitans ...» (42).

## Remerciements

Tout d'abord, je tiens à remercier mon tuteur le Professeur Bruno Gravier de m'avoir donné l'opportunité de travailler sur ce sujet passionnant, pour son encadrement et ses conseils avisés qui m'ont permis d'avancer dans ce travail.

Je remercie le Professeur Philippe Conus, qui a accepté d'être expert de ce mémoire, pour son temps et ses remarques précieuses, en sa qualité de spécialiste des psychoses débutantes.

Je voudrais exprimer ma reconnaissance au Dr Dominique Marcot pour sa patience et sa disponibilité pour répondre à mes questions, me conseiller des ouvrages de référence et me guider dans la rédaction.

Je remercie également M. Mehdi Mohammad Gholamrezaee pour son soutien dans les analyses statistiques et ses encouragements au cours de l'élaboration de ce projet.

Ma reconnaissance s'adresse aussi à toutes les personnes sans qui la réalisation de ce travail n'aurait pas été possible : Mme Anne-Laure Zimmerman pour son efficacité dans la gestion des données du SMPP, l'équipe du service pénitentiaire pour m'avoir donné accès à l'univers carcéral, l'équipe soignante et médicale du SMPP qui m'ont réservé un accueil chaleureux lors de mes visites en prison.

Enfin, je remercie mon frère Lucien pour son aide avec les outils informatiques et statistiques et son avis critique lors de la relecture, ainsi que mon père, pour sa relecture attentive et ses conseils de style.

## Bibliographie

1. Fazel S, Seewald K. Severe mental illness in 33,588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. *Br J Psychiatry*. 2012;200(5):364-73.
2. Ford E. First-episode psychosis in the criminal justice system: identifying a critical intercept for early intervention. *Harv Rev Psychiatry*. 2015;23(3):167-75.
3. Rapport d'activité 2016 du SMPP, Prof. Bruno Gravier, CHUV, 2017.
4. Fazel S, Hayes AJ, Bartellas K, Clerici M, Trestman R. Mental health of prisoners: prevalence, adverse outcomes, and interventions. *Lancet Psychiatry*. 2016;3(9):871-81.
5. 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 Psichiatr Soc*. 2016;25(2):150-9.
6. 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.
7. Marion-Veyron R, Lambert M, Cotton SM, Schimmelmann BG, Gravier B, McGorry PD, et al. History of offending behavior in first episode psychosis patients: a marker of specific clinical needs and a call for early detection strategies among young offenders. *Schizophrenia Research*. 2015;161(2-3):163-8.
8. Large MM, Niessen O. Violence in first-episode psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*. 2011;125(2-3):209-20.
9. Nénez L. Psychose carcérale: état des lieux, un concept encore d'actualité ? [Thèse de Doctorat]. Lyon: Université Claude Bernard, Faculté de Médecine; 2014.
10. Gosse L-A. Examen médical et philosophique du système pénitentiaire. Genève; Paris: Lador et Ramboz; 1837.
11. Baillarger J. Note sur les causes de la fréquence de la folie chez les prisonniers. *Annales médico-psychologiques*. 1844;4:78-84.
12. Fazel S, Cartwright J, Norman-Nott A, Hawton K. Suicide in prisoners: a systematic review of risk factors. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2008;69(11):1721-31.
13. Heinz A, Deserno L, Reininghaus U. Urbanicity, social adversity and psychosis. *World Psychiatry*. 2013;12(3):187-97.
14. Söderström O, Empson LA, Codeluppi Z, Söderström D, Baumann PS, Conus P. Unpacking 'the City': An experience-based approach to the role of urban living in psychosis. *Health Place*. 2016;42:104-10.
15. Fitzgerald D, Rose N, Singh I. Revitalizing sociology: urban life and mental illness between history and the present. *British Journal of Sociology*. 2016;67(1):138-60.
16. Abbott A. Stress and the city: Urban decay. *Nature*. 2012;490(7419):162-4.
17. Freeman D, Emsley R, Dunn G, Fowler D, Bebbington P, Kuipers E, et al. The stress of the street for patients with persecutory delusions: a test of the symptomatic and psychological effects of going outside into a busy urban area. *Schizophr Bull*. 2015;41(4):971-9.
18. Wener RE. The environmental psychology of prisons and jail Cambridge University Press; 2012.
19. Baggio S, Getaz L, Tran NT, Peigne N, Chacowry Pala K, Golay D, et al. Association of Overcrowding and Turnover with Self-Harm in a Swiss Pre-Trial Prison. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(4).

20. Salev S. Manuel de référence: L'isolement cellulaire. Londres: R.-U. Mannheim Centre for Criminology, London School of Economics; 2008.
21. OMS, Classification CIM-10 des troubles mentaux et des troubles du comportement, CIM-10, F20-F29 : Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants, 2008.
22. Bornheimer LA. Suicidal Ideation in First-Episode Psychosis (FEP): Examination of Symptoms of Depression and Psychosis Among Individuals in an Early Phase of Treatment. *Suicide Life Threat Behav.* 2018.
23. McGorry PD, Killackey EJ. Early intervention in psychosis: a new evidence based paradigm. *Epidemiol Psichiatr Soc.* 2002;11(4):237-47.
24. 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(10):1785-804.
25. TIPP (Traitement et Intervention Précoce dans les troubles Psychotiques), Programme du département de psychiatrie du CHUV.
26. Conus P, Cotton S, Schimmelmann BG, McGorry PD, Lambert M. The first-episode psychosis outcome study: premorbid and baseline characteristics of an epidemiological cohort of 661 first-episode psychosis patients. *Early Interv Psychiatry.* 2007;1(2):191-200.
27. McGorry PD, Killackey E, Yung A. Early intervention in psychosis: concepts, evidence and future directions. *World Psychiatry.* 2008;7(3):148-56.
28. Conus P, Bonsack C, Michaelis Conus K, Bovet P. Intervention précoce dans les troubles psychotiques: quel rôle pour les praticiens de premier recours? *Rev Med Suisse.* 2005;1:30628.
29. Ruhrmann S, Schultze-Lutter F, Klosterkotter J. Early detection and intervention in the initial prodromal phase of schizophrenia. *Pharmacopsychiatry.* 2003;36 Suppl 3:S162-7.
30. McGorry PD, Goldstone S. 8. Prodromes psychotiques. *Pathologies schizophréniques.* Cachan: Lavoisier; 2012. p. 75-87.
31. Deloix J. Syndrome prodromique de la schizophrénie (SPS). [Cours] Université d'Angers, Département de psychiatrie et de psychologie médicale, Prof. Garré, CHU d'Angers.
32. 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.* 2014;65(6):758-64.
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(1-3):93-8.
34. Elger BS. Towards equivalent health care of prisoners: European soft law and public health policy in Geneva. *J Public Health Policy.* 2008;29(2):192-206.
35. Aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire, Recommandation N°R (98)7, adoptée par le Comité des Ministres du Conseil de l'Europe le 8 avril 1998, publications/rec7f-98.
36. Académie Suisse des Sciences Médicales, Exercice de la médecine auprès des personnes détenues, Directives médico-éthiques de l'ASSM, 2002, mise à jour en 2013.
37. Rieder J-P, Gravier B, Bertrand D, Pasche C, Bodemann P, Wolff H. Santé en milieu pénitentiaire, vulnérabilité partagée entre détenus et professionnels de la santé. *Rev Med Suisse.* 2010;6:1462-5.

38. Baron-Laforêt S, Brahmy B. Psychiatrie en milieu pénitentiaire. Paris: Elsevier; 1998. 9 p.
39. Beer D, Gravier B. La médecine générale en milieu de détention. Rev Med Suisse. 2006;2:31509.
40. Gravier B. La médecine en milieu pénitentiaire, un exercice médical sous pression. BMS. 2008;89:976-78.
41. Iten A, Gravier B, Elger B. Difficultés rencontrées lors de la prise en charge médicale de patients en milieu carcéral. Rev Med Suisse. 2003;1:22973.
42. Lécu A. La prison, un lieu de soin ? PSN, Editions Matériologiques. 2013;11:7-23.
43. Haller DM, Elger B, Slama S, Wolff H. Médecine pénitentiaire : une porte d'accès au réseau de soins communautaires. Rev Med Suisse. 2007;3:32579.
44. Moschetti K, Zabrodina V, Stadelmann P, Wangmo T, Holly A, Wasserfallen JB, et al. Exploring differences in healthcare utilization of prisoners in the Canton of Vaud, Switzerland. PLoS One. 2017;12(10):e0187255.
45. Birmingham L. Diversion from custody. Advances in Psychiatric Treatment, Cambridge University Press. 2001;7(3):198-207.
46. Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil concernant une Commission d'enquête parlementaire sur la question du Service pénitentiaire, Lausanne, 29.11.2017.
47. Site officiel du canton de Vaud : <https://www.vd.ch/themes/securite/penitentiaire>, état au 6.11.2018 [
48. Rapports d'activité 2013-2017 du SMPP, Prof. Bruno Gravier, CHUV.
49. Code pénal Suisse, du 21 décembre 1937, état le 1er mars 2018.
50. Alinéa 3 de l'article 59 du code pénal Suisse, du 21 décembre 1937, état le 1er mars 2018.
51. Alinéa 3 de l'article 63 du code pénal Suisse, du 21 décembre 1937, état le 1er mars 2018.
52. Loi fédérale relative à la recherche sur l'être humain (LRH) du 30 septembre 2011 Elej.
53. Team RDC. R: a language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing. Vienna, Austria: <http://www.R-project.org>; 2015.
54. Hollander M, Wolfe DA. Nonparametric Statistical Methods. New-York: John Wiley & Sons; 1973.
55. Cassens BJ. Preventive medicine and public health. 2nd edition ed1992.
56. Janssen I, Krabbendam L, Bak M, Hanssen M, Vollebergh W, de Graaf R, et al. Childhood abuse as a risk factor for psychotic experiences. Acta Psychiatr Scand. 2004;109(1):38-45.
57. Schäfer I, Fisher HL. Childhood trauma and psychosis - what is the evidence? Dialogues Clin Neurosci. 2011;13(3):360-5.
58. Butjosa A, Gomez-Benito J, Huerta-Ramos E, Del Cacho N, Barajas A, Banos I, et al. Incidence of stressful life events and influence of sociodemographic and clinical variables on the onset of first-episode psychosis. Psychiatry Res. 2016;245:108-15.
59. Yung AR, Phillips LJ, Yuen HP, McGorry PD. Risk factors for psychosis in an ultra high-risk group: psychopathology and clinical features. Schizophr Res. 2004;67(2-3):131-42.
60. MacBeth A, Gumley A, Susanne H, Helen B. Risk of psychotic disorder in offspring of parent with schizophrenia: A meta-analysis. Schizophrenia Research. 2014;153 (Suppl. 1).

61. Tso IF, Taylor SF, Grove TB, Niendam T, Adelsheim S, Auther A, et al. Factor analysis of the Scale of Prodromal Symptoms: data from the Early Detection and Intervention for the Prevention of Psychosis Program. *Early Interv Psychiatry*. 2017;11(1):14-22.
62. Moschetti K, Stadelmann P, Wangmo T, Holly A, Bodenmann P, Wasserfallen JB, et al. Disease profiles of detainees in the Canton of Vaud in Switzerland: gender and age differences in substance abuse, mental health and chronic health conditions. *BMC Public Health*. 2015;15:872.
63. Wolff H, Sebo P, Haller DM, Eytan A, Niveau G, Bertrand D, et al. Health problems among detainees in Switzerland: a study using the ICPC-2 classification. *BMC Public Health*. 2011;11:245.
64. Leane E, Dealberto MJ, Luck D, Grot S, Zeroug-Vial H, Poulet E, et al. Ethnic minority position and migrant status as risk factors for psychotic symptoms in the general population: a meta-analysis. *Psychol Med*. 2018:1-14.
65. Cooper J, Jarrett M, Forrester A, di Forti M, Murray RM, Huddy V, et al. Substance use and at-risk mental state for psychosis in 2102 prisoners: the case for early detection and early intervention in prison. *Early Interv Psychiatry*. 2018;12(3):400-9.
66. Trudeau KJ, Burtner J, Villapiano AJ, Jones M, Butler SF, Joshi K. Burden of Schizophrenia or Psychosis-Related Symptoms in Adults Undergoing Substance Abuse Evaluation. *J Nerv Ment Dis*. 2018;206(7):528-36.
67. Arseneault L, Cannon M, Poulton R, Murray R, Caspi A, Moffitt TE. Cannabis use in adolescence and risk for adult psychosis: longitudinal prospective study. *BMJ*. 2002;325(7374):1212-3.
68. Groenman AP, Janssen TWP, Oosterlaan J. Childhood Psychiatric Disorders as Risk Factor for Subsequent Substance Abuse: A Meta-Analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2017;56(7):556-69.
69. Shakoor S, Zavos HM, McGuire P, Cardno AG, Freeman D, Ronald A. Psychotic experiences are linked to cannabis use in adolescents in the community because of common underlying environmental risk factors. *Psychiatry Res*. 2015;227(2-3):144-51.
70. Daniel JZ, Hickman M, Macleod J, Wiles N, Lingford-Hughes A, Farrell M, et al. Is socioeconomic status in early life associated with drug use? A systematic review of the evidence. *Drug Alcohol Rev*. 2009;28(2):142-53.
71. Mayo D, Corey S, Kelly LH, Yohannes S, Youngquist AL, Stuart BK, et al. The Role of Trauma and Stressful Life Events among Individuals at Clinical High Risk for Psychosis: A Review. *Front Psychiatry*. 2017;8:55.
72. Zammit S, Lewis G, Dalman C, Allebeck P. Examining interactions between risk factors for psychosis. *Br J Psychiatry*. 2010;197(3):207-11.
73. Sami-Ali M. Corps et âme, Pratique de la théorie relationnelle. Paris: Dunod; 2003.
74. Englebert J. Le gate fever : cristallisation et fossilisation de l'univers carcéral. *Psychosomatique relationnelle*. 2015;4(1):21-34.
75. Dvoskin JA, Spiers EM, Metzner JL, Pitt SE. The structure of correctional mental health services. In: Rosner R, editor. *Principles and practice of forensic psychiatry*. Second ed. London: Arnold Publishing; 2003.
76. Kråkvik B, Laroï F, Kalthovde AM, Hugdahl K, Kompus K, Salvesen O, et al. Prevalence of auditory verbal hallucinations in a general population: A group comparison study. *Scand J Psychol*. 2015;56(5):508-15.

77. Johns LC, Kompus K, Connell M, Humpston C, Lincoln TM, Longden E, et al. Auditory verbal hallucinations in persons with and without a need for care. *Schizophr Bull.* 2014;40 Suppl 4:S255-64.
78. Larøi F, Luhrmann TM, Bell V, Christian WA, Jr., Deshpande S, Fernyhough C, et al. Culture and hallucinations: overview and future directions. *Schizophr Bull.* 2014;40 Suppl 4:S213-20.
79. Tamburello AC, Bajgier J, Reeves R. The prevalence of delusional disorder in prison. *J Am Acad Psychiatry Law.* 2015;43(1):82-6.
80. Macheret-Christe F, Gravier B. Schizophrénie, psychose et prison. *Lettre de la Schizophrénie.* 2001;22:2-7.
81. Ey H, Bernard P, Brisset C. *Le Manuel de Psychiatrie*: Elsevier Masson; 1960.
82. Schizophrénies débutantes: diagnostic et modalités thérapeutiques, Recommandations longues élaborées par le jury de la Conférence de consensus organisée par la Fédération Française de Psychiatrie, janvier 2003.
83. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin.* 1987;13 (2):261-76.
84. Loewy RL, Cannon TD. The Prodromal Questionnaire, Brief Version (PQ-B). University of California. 2010.
85. Yung AR, Yuen HO, McGorry PD, al. e. Mapping the onset of psychosis – the Comprehensive assessment of at risk mental state (CAARMS). *ANZJP.* 2005;39:964-71.
86. Kirkbride JB. Migration and psychosis: our smoking lung? *World Psychiatry.* 2017;16(2):119-20.
87. Cantor-Graae E, Selten J-P. Schizophrenia and migration : a meta-analysis and review. *Am J Psychiatry.* 2005;162:12-24.
88. International Migration Report, United Nations, (2017).
89. Fink D. *La prison en Suisse: un état des lieux.* Lausanne: Presses polytechniques et universitaires romandes; 2017.
90. Kuhn A. *Sommes-nous tous des criminels? l'Hèbe* LEd, editor2002.
91. Alinéa 1 de l'article 75 du code pénal Suisse, du 21 décembre 1937, état le 1er mars 2018.
92. Dieleman C. *Mental Health and criminal justice* [Internet]. Moncton; 2015. Podcast
93. Préambule de la Constitution fédérale de la Confédération helvétique, du 18 avril 1999, (Etat le 1er janvier 2018).
94. Mabillon J. *Réflexions sur les prisons des ordres religieux.* Ouvrages posthumes de D Jean Mabillon et de D Thiéri Ruinart. Paris, 1724: Vincent Thuillier; 1694.
95. Ensemble de règles minima des Nations Unies pour le traitement des détenus (Règles Mandela), (2015).