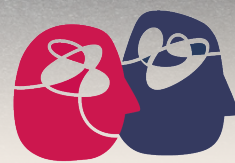


LA SANTÉ MENTALE EN POPULATION CARCÉRALE SORTANTE : UNE ÉTUDE NATIONALE



F2RSM Psy

Fédération régionale de recherche
en psychiatrie et santé mentale
Hauts-de-France

TABLE DES MATIERES

Remerciements	5
Sigles	8
Introduction générale	10
La prison en France	11
Santé mentale des personnes détenues en France	11
Santé à la libération	12
L'étude SPCS	13
Volet population carcérale sortante masculine	14
Objectifs	15
Méthodologie	15
Population et design de l'étude	15
Collecte des données	17
Analyses statistiques	18
Résultats	19
Données sociodémographiques	21
Prévalence et sévérité des troubles psychiatriques et addictologiques	28
Prévalence des idées et des conduites suicidaires	30
Prévalence des traumatismes dans l'enfance	32
Représentativité de l'échantillon	32
Synthèse et conclusion	34
Résultats principaux	34
Comparaison avec la littérature	34
Limites	35

TABLE DES MATIERES

Volet population carcérale sortante féminine	36
Objectifs	37
Méthodologie	37
Population et design de l'étude	37
Collecte des données	38
Analyses statistiques	39
Résultats	40
Données sociodémographiques	42
Prévalence et sévérité des troubles psychiatriques et addictologiques	49
Prévalence des idées et des conduites suicidaires	50
Prévalence des traumatismes dans l'enfance	52
Représentativité de l'échantillon	52
Synthèse et conclusion	54
Résultats principaux	54
Limites	54
Volet Outre-Mer	55
Introduction	56
Méthodologie	58
Résultats	59
Données recueillies	59
Analyse thématique	60
Synthèse et conclusion	70
Conclusion et perspectives	71
Perspectives de recherche	72
Perspectives de santé publique	73
Références	75

REMERCIEMENTS

L'étude SPCS a été financée par la **DGS** (Direction générale de la santé) et **SpF** (Santé Publique France). Elle a été portée par la **F2RSM Psy** (Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale et Psychiatrie) et coordonnée par le professeur Pierre **Thomas**. La réalisation de l'étude a été pilotée par Thomas **Fovet** et Camille **Lancelevée** assistés d'Oumaïma **El Qaoubii** et d'Élodie **Floury** pour le volet Outre-Mer. La méthodologie a été conçue par Marielle **Wathelet**.

L'étude a été conçue en étroite collaboration avec Fabien **Agneray**, Ali **Amad**, Maxime **Bubrovsky**, Imane **Benradia**, Fanny **Carton**, Thierry **Danel**, Caroline **Delaplace**, Audrey **Demailly**, Stéphane **Duhem**, Marion **Eck**, Bruno **Falissard**, Delphine **Pastureau**, Laurent **Plancke**, Jean-Luc **Roelandt** et Camille **Vincent**.

Elle a été réalisée avec le soutien de l'**ASPMP** (Association des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire), du **CCOMS** (Centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale), de la **DAP** (Direction de l'administration pénitentiaire), de la **DGOS** (Direction générale de l'offre de soins), de la **DREES** (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) et de la **MILDECA** (Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives).

Elle a été rendue possible par la participation d'une centaine d'enquêteurs et d'enquêtrices chargés du recueil des données dans les centres de :

BAPAUME : Manon **Baruteu**, Juliette **Mehez**, Anne **Tardieu**

BEAUVAIS : Léonard **Gautrelet** (investigateur principal, IP), Émilie **Angot**, Marine **Angot**, Sofian **Bouifer**, Vincent **Brême**, Katia **Hembert**, Jean-Luc **Lefevre**, Véronique **Verbeke**

BEZIERS : Philippe **Gouiry** (IP), Jacqueline **Fabre-Barthez**, Mathilde **Ferra**, Isabelle **Gil**, Cyril **Imbert**, Julie **Martin**

BOIS-D'ARCY : Armelle **Volckringer** (IP), Jeannick **Devort**, Camille **Dupont**, Sabrina **Jean-Jacques**, Anaïs **Gohory**, Gwenaëlle **Lecam**, Aurore **Marechal**, Adeline **Robineau**

CHAMBERY : Fabien **Droux** (IP), Hervé **Boutonnet**, Philippe **Séchier**

CHAUCONIN-NEUFMONTIERS : Emmanuelle **David** (IP), Gaëlle **Gasté**, Laetitia **Klapczynski**, Frédérique **Lagut**, Isabelle **Marquet**, Mélodie **Martinez**, Gwladys **Uzeel-Fleureau**

CORBAS : Marie **Sautereau** (IP), Aurélie **Battais**, Camille **Chambre**, Sylvain **Douillard**, Sarah **Furtos**, Guillaume **Giret**, Jonathan **Marques**, Axelle **Moguen**, Marie-Noémie **Plat**, Ludovic **Souiller**, Aurélie **Vittoz**

DIJON : Christine **Meyer** (IP), Jean-Damien **Barra**, Olivier **Rolin**, Alice **Thomson**

FLEURY-MEROGIS : Pascal **Forissier** (IP), Coline **Arnoult**, Sylvie **Brochet**, Leslie **Carrascosa**, Frédéric **Dautin**, Charlotte **Harsigny**, Yvonnick **Maheo**, Karine **Manfroi**, Élodie **Millet**, Florian **Talarmain**, Valérie **Voisin**

FRESNES : Magali **Bodon-Bruzel** (IP), Corinne **Dennis**, Robin **Gousset**, Karine **Jean-Chriqui**, Corinne **Marquie**, Alexandra **Ouzidane**

GRASSE : Ariane **Mayeux** (IP), Laetitia **Agostini**, Virgine **Cattenati**, Anaïs **Gordolon**, Laëtitia **Menard**, Sandra **Rougier**

LA FARLEDE : Lounès **Bettayeb** (IP), Adrien **Perrot**, Isabelle **Richard**, Céline **Rossi**, Carole **Sammut**

LAON : Marina **Dumont** (IP), Valérie **Moussour**

MAUBEUGE : Hélène **Stanus** (IP), David **Foulon**

MAXEVILLE : Julie **Nouchi** (IP), Amaryline **Bachiri**, Julie **Cholez**, Cyril **Husson**, Laurent **Lardon**, Amandine **Leonet**, Christine **Perrial**

METZ : Pierre **Horrach** (IP), Elsa **Clerget**, Sabine **Lougoumahé**, Cécile **Petitjean**, Valérie **Pierson**, Guillaume **Vlamynck**

NANTES : Caroline **De Charrette** (IP), Mélody **Martinez** (IP), Claire **Gicquaud**, Olivier **Giron**, Catherine **Guillet**, Isabelle **Levesque**, David **Sechter**

NEVERS : Gille **Pech** (IP), Serge **Cimenti**, Nelea **Rusu**

NICE : Élisabeth **Dubuisson** (IP), Marina **Dumas**

RIOM : Guillaume **Legrand** (IP), Claire **Brient**, Camille **Clément**, Brune **Dirian-Angeli**, Sylvie **Rolland**, Christian **Perrier**, Angélique **Thomas**

SEQUEDIN : Anne **Deuez** (IP), Fanny **Carton**, Heylette **Charpentier-Douchet**, Vincent **Claeyman**, Véronique **Cousin**, Perrine **Jaquet**

SEYSSES : Anne-Hélène **Moncany** (IP), Gaël **Ferret**, Bertrand **Sauvaud**

STRASBOURG : Julien **Bilac** (IP), Julie **Alexandrakis**, Elodie **Ernst**, Agnieszka **Kolodziejczyk**, Christelle **Risch**, Thierry **Royer**, Laetitia **Wolf**

VALENCE : Élodie **Urze** (IP), Audrey **Berthiol**, Christelle **Chauliac**, Caroline **Cury**, Laure **Eisenhauer**, Elodie **Gray**, Magalie **Guignard**, Elisabeth **Do Espirito Santo**, Marie **Manvieux**, Catherine **Paulet**, Jean-Michel **Tavernier**

VALENCIENNES : Lucas **Dusart**, Nora **Khellaf**

VEZIN-LE-COQUET : Éva **Tico** (IP), Anne-Françoise **Brique**, Yvonnick **Lidou**, Pauline **Toul**

VILLENEUVE-LES-MAGUELONE : Mathieu **Lacambre** (IP), Fadi **Meroueh** (IP), Camille **Ballester**, Aurélie **Mieuset**, Magali **Rubio**

VIVONNE : Guillaume **Davignon** (IP), Laetitia **Afonso**, Cyril **Cherprenet**, Alexandra **Duputel**, Camille **Gregory-Delcampe**, Jérôme **Hette**, Marie-Anne **Pillac**

SIGLES

Afin d'alléger la rédaction du rapport, les sigles suivants sont parfois utilisés

AP : Administration pénitentiaire

ARS : Agence régionale de santé

CAARUD : Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues

CD : Centre de détention

CGI : Échelle de gravité Clinical Global Impression

CGLPL : Contrôleur général des lieux de privation de liberté

CMP : Centre médico-psychologique

CP : Centre pénitentiaire

CProU : Cellule de protection d'urgence

CPU : Commission pluridisciplinaire unique

CTQ : Childhood Trauma Questionnaire

CSAPA : Centre de soins d'Accompagnement et de prévention en addictologie

DAP : Direction de l'administration pénitentiaire

DGS : Direction générale de la santé

DROM : Départements et régions d'Outre-Mer

EPSM : Établissement public de santé mentale

ETP : Équivalent temps plein

IC : Intervalle de confiance

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

IP : Investigateur principal

JAP : Juge d'application des peines

MA : Maison d'arrêt

Mini : Mini-International Neuropsychiatric Interview

MOM : Mission Outre-Mer

PEP : Parcours d'exécution des peines

qCD : Quartier centre de détention

QD : Quartier disciplinaire

QI : Quartier d'isolement

qMA : Quartier maison d'arrêt

SDRE : Soins sur décision du représentant de l'État

SMPG : Santé mentale en population générale

SMPR : Service médico-psychologique régional

SPCS : Santé mentale en population carcérale sortante

SpF : Santé publique France

SPIP : Service pénitentiaire d'insertion et de probation

TAO : Traitement par agoniste opioïde

TOM : Territoire d'Outre-Mer

UCSA : Unité de consultations et de soins ambulatoires

UFPI : Unité fonctionnelle psychiatrique intra-carcérale

UHSA : Unité hospitalière spécialement aménagée

UMD : Unité pour malades difficiles

USMP : Unité sanitaire en milieu pénitentiaire



INTRODUCTION GÉNÉRALE



LA PRISON EN FRANCE

Au 1er novembre 2022, **72 809 personnes sont détenues au sein des 184 établissements pénitentiaires français**. Parmi elles, 2 331 (3,2 %) sont des femmes et 674 (0,9 %) sont mineures. Après être passée sous la barre des 100 % au début de la pandémie de Covid-19 du fait de libérations anticipées et d'une baisse du nombre d'incarcérations durant cette période, la densité carcérale a augmenté depuis pour atteindre 120 %, et jusqu'à 142,8 % dans les maisons d'arrêt (MA). La tendance d'une forte croissance de la population carcérale observée entre 2015 et 2020 (1) reste donc actuellement marquée. En ce qui concerne les flux d'incarcération, c'est-à-dire les entrées et sorties de prison, 78 742 personnes ont été placées en détention en 2019 alors que 70 300 personnes ont été libérées. **La durée moyenne de détention est de 10,7 mois** et les peines courtes sont les plus fréquentes : 61 % des peines sont de moins de 2 ans, 45 % de moins de 1 an et 25 % de moins de 6 mois (2).

SANTÉ MENTALE DES PERSONNES DÉTENUES EN FRANCE

La santé mentale de la population carcérale apparait altérée par rapport à la population générale. Ce constat est documenté en France (3,4) comme à l'international (5-7). L'ensemble des troubles psychiatriques est surreprésenté en prison : troubles de l'humeur (tout particulièrement la dépression) (8), troubles anxieux (4), trouble de stress post-traumatique (9) ou encore troubles psychotiques (10). Un travail récent mené dans les MA du Nord et du Pas-de-Calais a ainsi pu montrer que, par rapport à la population générale de même âge et de même sexe vivant dans la même région, **les troubles psychiatriques sont en moyenne trois fois plus fréquents à l'entrée en détention** (4).

Les conduites addictives sont également fréquentes en milieu pénitentiaire (11) puisque les troubles de l'usage d'alcool concerneraient environ un détenu sur quatre à l'entrée en détention et les troubles de l'usage de drogues illicites près de 30 % des hommes et plus de 50 % des femmes incarcérées (12). Par ailleurs, le **double diagnostic** trouble psychiatrique / trouble de l'usage de substance est largement retrouvé en prison (13-16).

La dernière **étude d'envergure nationale** menée en France sur la santé mentale des personnes détenues date de **2006**. Dans ce travail, 799 hommes incarcérés au sein de 20 établissements pénitentiaires (MA et établissements pour peine) ont été interrogés. Les résultats montrent que 36 % des personnes incarcérées présentent au moins une maladie psychiatrique de gravité marquée à sévère (17).

Autre indicateur de souffrance psychique, **le taux de suicides est 7 fois plus élevé en population carcérale**

par rapport à la population générale (France 179/100 000 vs 15/100 000 en population générale) (18). Les automutilations et blessures auto-infligées sont aussi fréquentes.

Finalement, notons que la **population carcérale apparaît largement exposée aux évènements traumatiques**, en particulier pendant l'enfance (19,20).

SANTÉ À LA LIBÉRATION

La grande majorité des travaux épidémiologiques menés auprès de la population carcérale ont évalué la santé mentale à l'entrée en prison ou au cours de la détention mais peu d'études se sont penchées sur la période précédant la libération. Pourtant, la **surmortalité des personnes récemment libérées de prison est bien documentée** (21-23). En France, la mortalité dans les cinq années suivant la libération serait **multipliée par 3,6** par rapport à la population générale (21). Les principales causes de décès identifiées sont l'overdose, les maladies cardiovasculaires, l'homicide et le suicide (22). Ainsi, le temps de la libération constitue en fait une période de vulnérabilité, caractérisée par la confrontation avec des difficultés matérielles (logement, finances, travail, etc.), juridico-administratives et psycho-sociales.

L'intérêt de **s'intéresser à la santé mentale au cours de la période précédant la libération** (i.e., population carcérale sortante) est donc fondamental, d'autant plus que les personnes concernées apparaissent particulièrement nombreuses dans un contexte où les peines de moins d'un an continuent de progresser – la part des peines supérieures à deux ans restants, quant à elle, stable. Près de 40 % des personnes libérées en 2018 l'ont été après une période d'incarcération de moins de 6 mois et près de 75 % après une période de détention de moins de 2 ans (24). Cette **problématique est d'autant plus prégnante en MA** où les flux annuels de sortants sont dix fois plus importants que dans les centres de détention et les maisons centrales.

L'enjeu de l'identification des troubles psychiatriques avant la libération est crucial puisque ces derniers sont **associés à la fois à une surmortalité (par suicide notamment) mais aussi à la réitération des infractions** (25,26) tout particulièrement lorsqu'aucune prise en charge n'a été initiée (27). C'est d'ailleurs en ce sens qu'un volet (action 5) de la feuille de route « Santé des personnes placées sous-main de justice » présentée par la Ministre de la Justice et la Secrétaire d'État auprès de la Ministre des Solidarités et de la Santé le 2 juillet 2019, est spécifiquement consacré à la continuité de la prise en charge à la sortie de détention.

L'ÉTUDE SPCS

Dans ce contexte, l'étude « Santé mentale en Population Carcérale Sortante » (SPCS) s'est donné pour objectif d'évaluer la santé mentale et le parcours de soins des personnes sortants de MA en France.

L'étude SPCS comprend **trois volets distincts**, suivant chacun une méthodologie spécifique :

- Volet « Population carcérale sortante masculine » ;
- Volet « Population carcérale sortante féminine » ;
- Volet « Population carcérale en Outre-Mer ».



**VOLET POPULATION CARCÉRALE
SORTANTE MASCULINE**

OBJECTIFS

L'objectif principal de l'étude est de mesurer la prévalence des troubles psychiatriques à la sortie de MA.

Les objectifs secondaires sont les suivants :

- 1) Caractériser la gravité des troubles,
- 2) Mesurer la prévalence des traumatismes subis dans l'enfance,
- 3) Décrire l'expérience carcérale vécue,
- 4) Décrire le parcours de soins et d'accompagnement durant la détention ainsi que celui envisagé après la libération.

MÉTHODOLOGIE

Population et design de l'étude

Le volet *Population carcérale sortante masculine* de l'étude SPCS consiste en une étude transversale multicentrique menée du 16 septembre 2020 au 15 septembre 2022 en France métropolitaine.

Le nombre de participants à inclure a été estimé à 800 individus. Cette estimation a pris en compte la prévalence attendue la plus faible (syndrome psychotique : 2,3%) (28), pour un risque à 5 % et une précision absolue à 1 %.

Sur cette base ainsi que sur l'hypothèse d'un taux de participation de 30 %, 2 600 personnes détenues, ont été tirées au sort.

Afin de garantir, pour chaque personne détenue, la même probabilité d'être tirée au sort, l'échantillon a été sélectionné par tirage au sort auto-pondéré à deux niveaux : (i) tirage au sort de 26 MA puis (ii) tirage au sort de 100 personnes détenues condamnées au sein de chaque maison d'arrêt. Afin de garantir la faisabilité de ce second tirage, les MA dont l'effectif réel était inférieur à 100 étaient exclues du premier tirage.

Le tirage au sort des MA, réalisé en mai 2019, a été effectué sans remise et pondéré en fonction de l'effectif réel des établissements : plus l'effectif de la MA était élevé, plus sa probabilité de tirage au sort était élevée. L'ordre du tirage au sort a permis d'établir un classement des MA. Les unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP) ont été sollicitées une à une en suivant ce classement jusqu'à obtenir l'accord de 26 MA.

Au total, 40 MA ont ainsi été sollicitées, 3 ont refusé de participer à l'étude et 11 n'ont pas donné suite.

Au sein des 26 établissements pour lesquels l'USMP s'était engagée à participer à l'étude, 100 sujets ont été tirés au sort parmi ceux respectant l'ensemble des critères d'inclusion suivant : (i) personnes majeures (ii) ayant fait l'objet d'une condamnation (sauf en cas de statut de prévenu pour une autre affaire), (iii) dont la sortie de prison est prévue au moins 30 jours et au plus 24 mois après la date du tirage au sort national. Ce deuxième tirage au sort a été réalisé par le « bureau de la donnée » de la direction de l'administration pénitentiaire (DAP) le 27 août 2020.

Une liste de numéros d'écrous par MA participant à l'étude ainsi que les dates de libération prévisionnelles des personnes détenues condamnées tirées au sort ont été transmises au promoteur au moment du tirage au sort. Les dates de libération prévisionnelles, sujettes aux changements en raison des éventuels transfèrements, de réductions de peines et de crédits de réduction de peine supplémentaires en cours d'incarcération, ont été réactualisées par la DAP tous les mois pendant toute la durée de l'étude.

A noter, certaines MA n'atteignaient pas un effectif de 100 individus respectant les critères d'inclusion. Au total, ce sont donc 2 426 individus sortant de 26 MA qui ont été tirés au sort (*Figure 1*).

Les personnes tirées au sort ont été rencontrées par les enquêteurs dans les 30 jours précédents leur libération afin de s'assurer de l'absence des critères de non-inclusion suivants : (i) maîtrise insuffisante de la langue française et (ii) trouble cognitif ou psychiatrique empêchant la passation des questionnaires. Une note d'information était alors remise et un rendez-vous fixé pour la réalisation de l'entretien d'évaluation dans les 10 jours précédant la libération. La non-opposition à l'étude était consignée lors de cet entretien. Au regard des difficultés organisationnelles, le délai de 10 jours a été assoupli en cours d'étude : les enquêteurs ont été autorisés à inclure dans les 2 mois précédant la libération afin de faciliter les inclusions.

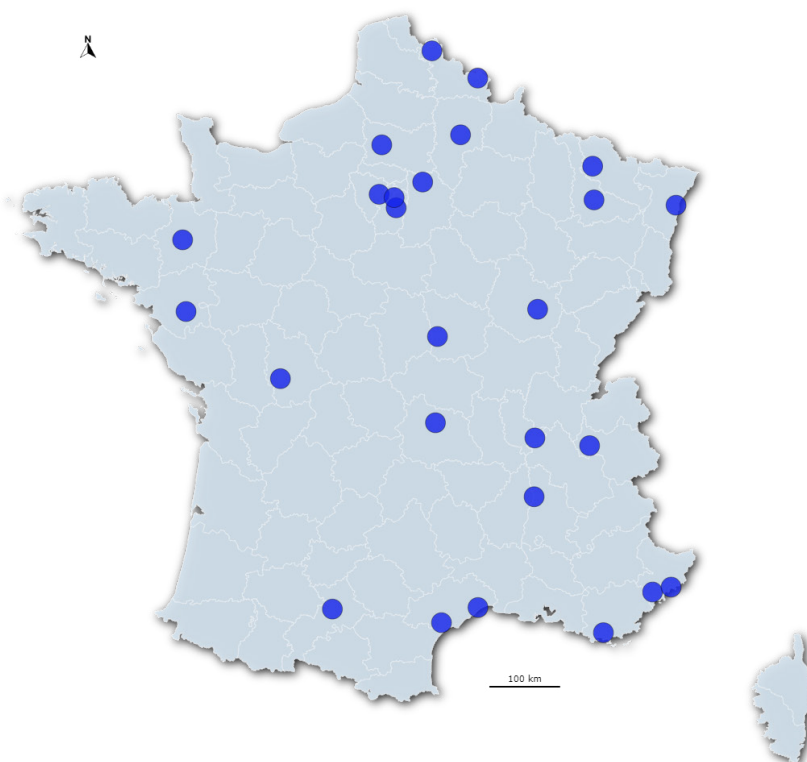


Figure 1 : Les 26 centres du volet Population carcérale sortante masculine de l'étude SPCS

Collecte des données

Les entretiens, réalisés dans un bureau garantissant la confidentialité des échanges, ont été menés par des enquêteurs locaux (médecins, psychologues, ou infirmiers de l'USMP), encadrés par un investigateur principal (médecin ou psychologue). Une expérience d'au moins trois mois en milieu pénitentiaire était requise pour devenir enquêteur. Au moins deux enquêteurs de chaque site participant à l'étude ont suivi une formation organisée par l'équipe SPCS en présentiel à Paris le 11 mars 2020 ou en distanciel le 29 juin ou le 9 juillet 2020. Une réunion de mise en place a été organisée pour chaque centre au cours de l'été 2020.

Un questionnaire en ligne permettait à l'enquêteur de saisir l'ensemble des données sur une tablette ou sur un ordinateur. Les données étaient stockées via un hébergeur de données de santé à caractère personnel, la plateforme Voozanoo® développée par Epiconcept.

Les questionnaires comportaient quatre volets :

1) **Données socio-démographiques et de santé** explorant notamment la situation sociale, économique et familiale, le parcours pénal et l'expérience carcérale (accès aux activités, conditions d'incarcération, maintien des liens familiaux, rapport à la peine), le parcours de soin au cours de l'incarcération et le projet de soin prévu pour la phase post-carcérale. Le recours aux soins de santé mentale en milieu carcéral (suivi par les équipes des USMP, par les CSAPA ou CAARUD, par le SMPR, hospitalisations, etc.) et l'évaluation subjective de ces soins par les participants étaient particulièrement documentés.

2) **Évaluation diagnostique des troubles de santé mentale** à partir de la version française du questionnaire structuré Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI) (29). Les troubles explorés par le MINI étaient les suivants : épisode dépressif caractérisé, dysthymie, épisode maniaque, agoraphobie, trouble panique, phobie sociale, anxiété généralisée, état de stress posttraumatique, troubles liés à une consommation d'alcool, troubles liés à une consommation de drogues, syndromes psychotiques, risque suicidaire, insomnie, trouble de la personnalité antisociale.

3) **Évaluation des expériences traumatisantes subies dans l'enfance** à partir de la version française du questionnaire structuré Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) (30). La CTQ permet de décrire, en 28 items, l'exposition à la maltraitance physique, la négligence affective, la négligence physique, la violence sexuelle et violence psychique, et d'évaluer la compréhension que la personne a des traumatismes éventuellement subis. L'échelle comporte 28 affirmations portant sur des expériences subies.

4) **Évaluation par l'enquêteur de la gravité des troubles de santé mentale** identifiés par le MINI au moyen d'une échelle de gravité Clinical Global Impression (CGI) (31). La gravité était cotée de 1 à 7, allant de 1 « normal, pas du tout malade » à 7 « parmi les patients les plus malades ».

Analyses statistiques

Seules les réponses des participants ayant complété l'ensemble des questionnaires ont été analysées.

Les caractéristiques de l'échantillon ont été décrites en présentant les moyennes et écarts-types des variables quantitatives (ou médianes et intervalles interquartiles en cas de distribution non normale), ainsi que les effectifs et proportions par modalité de réponse des variables catégorielles.

Conformément à l'objectif principal de l'étude, les prévalences et intervalles de confiance à 95 % (IC95 %) des troubles identifiés par le MINI ont été calculées. Afin de répondre aux objectifs secondaires, la distribution du score CGI a été décrite pour l'ensemble de l'échantillon, les prévalences (et leurs IC95 %) des expositions aux traumatismes dans l'enfance ont été calculées (pour tout type de traumatisme, et par catégorie de traumatisme), et les données relatives à l'expérience carcérale et au parcours de soins et d'accompagnement durant la détention et envisagé après la libération ont été décrites.

Afin de s'assurer de la représentativité de l'échantillon, les caractéristiques des répondants (âge, nationalité, durée et motif principal d'incarcération) ont été comparées aux données nationales pour les condamnés et condamnés prévenus détenus majeurs en MA ou QMA en France métropolitaine au 1er septembre 2020, mises à disposition par la DAP.

Les analyses ont été réalisées avec le logiciel R 3.5.1.

RESULTATS

Parmi les 2 426 hommes détenus tirés au sort au sein des 26 MA incluses, 601 ont été inclus. Au total, 586 dossiers ont été complètement remplis, soit **un taux d'inclusion de 24,2 %** en rapportant le nombre de participants analysés au nombre de personnes tirées au sort, et un **taux de réponse à 66,7 %** en le rapportant aux nombres de personnes éligibles. La *Figure 2* détaille les motifs de non-inclusion.

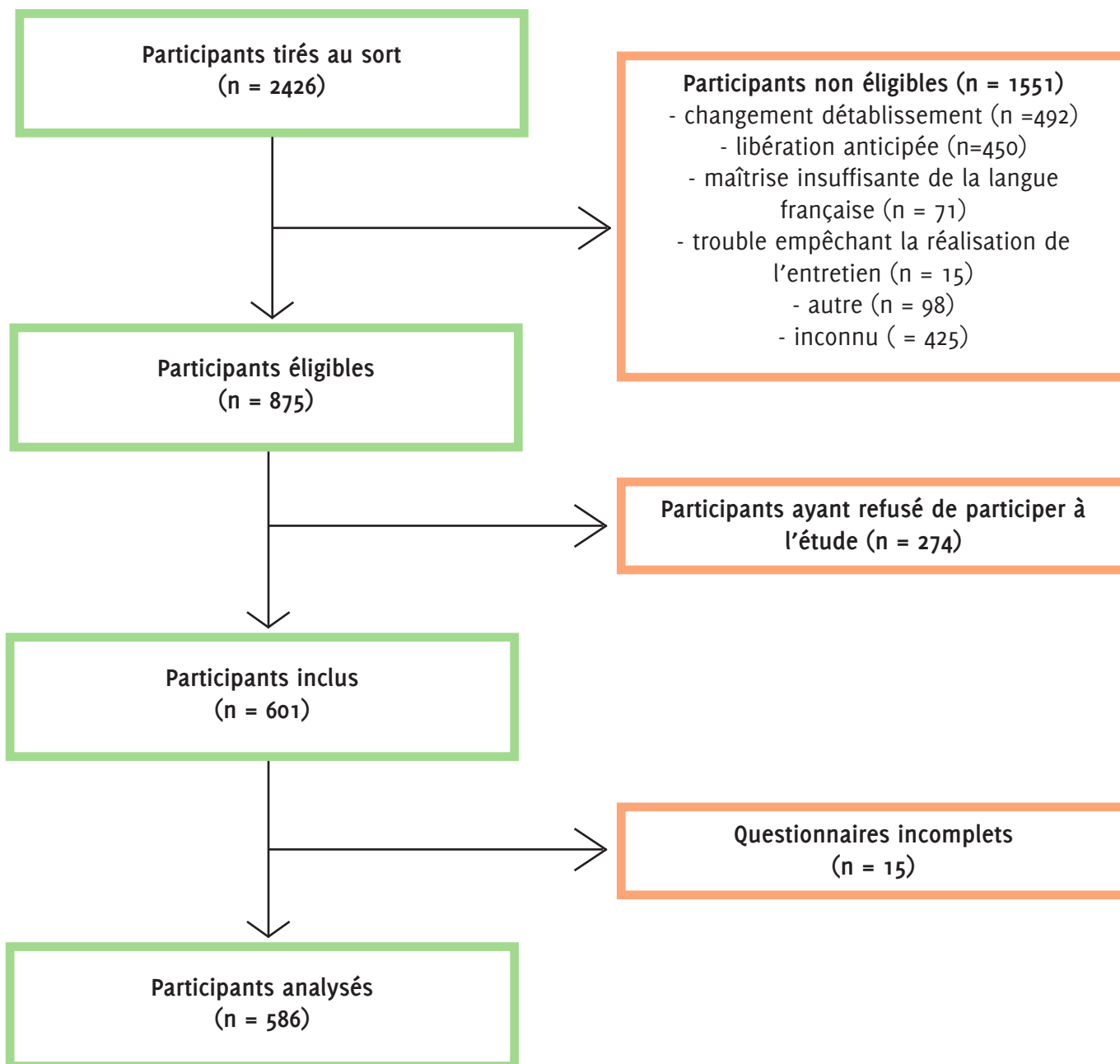


Figure 2 : Diagramme de flux des participants au volet Population carcérale sortante masculine

Les taux d'inclusion varient de 10,5 % à 44 % parmi les centres d'inclusion (Tableau 1).

Centre	Nombre d'inclusions	Nombre de numéros d'écrou envoyés	Taux d'inclusion
Metz	44	100	44,0 %
Béziers	39	100	39,0 %
La Farlède	36	100	36,0 %
Bois-d'Arcy	35	100	35,0 %
Laon	31	100	31,0 %
Nice	28	100	28,0 %
Maubeuge	21	77	27,3 %
Riom	27	100	27,0 %
Sequedin	27	100	27,0 %
Dijon	18	67	26,9 %
Fleury-Mérogis	26	100	26,0 %
Vivonne	26	100	26,0 %
Villeneuve-lès-Maguelone	25	100	25,0 %
Seysse	24	100	24,0 %
Nantes	22	100	22,0 %
Valence	21	100	21,0 %
Beauvais	18	100	18,0 %
Grasse	18	100	18,0 %
Maxéville	17	100	17,0 %
Fresnes	16	100	16,0 %
Nevers	7	44	15,9 %
Chauconin-Neufmontiers	15	100	15,0 %
Corbas	15	100	15,0 %
Strasbourg	15	100	15,0 %
Vezein-le-Coquet	11	100	11,0 %
Chambéry	4	38	10,5 %
Total général	586	2 426	24,2 %

Tableau 1 : Taux d'inclusion en fonction des 26 centres

DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

Le questionnaire socio-démographique explore plusieurs dimensions du parcours de vie, du parcours carcéral et du parcours de soin des personnes interrogées.

Parcours de vie

Les caractéristiques relatives au parcours de vie sont décrites dans le *Tableau 2*. L'échantillon est majoritairement constitué de personnes célibataires (81,7 %). La moyenne d'âge des participants est de $35,9 \pm 11,2$ ans et 75,1 % des répondants sont de nationalité française. Parmi les personnes de nationalité étrangère, 56,0 % sont originaires d'un pays du Maghreb. Près de la moitié des répondants a au moins un enfant (49,5 %). Un tiers (33,4 %) des personnes interrogées n'a aucun diplôme et plus de la moitié dispose d'un diplôme inférieur au baccalauréat (55,1 %).

	Modalités	n (%)
Âge	[18-25[	96 (16,4)
	[25-30[	109 (18,6)
	[30-40[	187 (31,9)
	[40-50[	120 (20,5)
	[50-60[	55 (9,4)
	[60 ans ou plus [	19 (3,2)
Nationalité	Française	440 (75,1)
	Autre	144 (24,6)
	Non-réponse	2 (0,3)
Statut conjugal	Marié	28 (4,8)
	Pacsé	6 (1,0)
	Célibataire, en union libre, en concubinage	479 (81,7)
	Divorcé, en instance de divorce ou séparé	72 (12,3)
	Veuf	1 (0,2)
Nombre d'enfants	Pas d'enfant	290 (49,5)
	1 enfant	127 (21,7)
	2 enfants	84 (14,3)
	3 enfants	45 (7,7)
	4 enfants ou plus	34 (5,8)
	Non réponse	6 (1,0)
Diplôme	Aucun diplôme	196 (33,4)
	Diplôme inférieur au baccalauréat	323 (55,1)
	Diplôme égal et/ou supérieur au baccalauréat	61 (10,4)
	Non-réponse	6 (1,0)

Tableau 2 : Caractéristiques de l'échantillon relatives au parcours de vie

Les informations relatives au logement et à la situation professionnelle à l'entrée et à la sortie de détention sont décrites dans le *Tableau 3*. Au moment de l'incarcération, 41,1 % des personnes incluses vivent seules. Près de la moitié habite dans un logement personnel, 9,0 % sont sans domicile fixe et 4,3 % sont hébergées en institution.

Un pourcentage important des participants sont éloignés de l'emploi au moment de l'incarcération : 29,7 % sont au chômage, dont 74,1 % depuis plus d'un an et 13,7 % n'ont jamais occupé d'emploi. Ceux qui ont travaillé ont occupé un poste en intérim (22,7 %) ou à durée déterminée (21,0 %). Parmi les répondants, nous comptons une proportion importante de bénéficiaires du revenu de solidarité active (25,9 %) et de l'allocation adulte handicapés (11,4 %).

Rencontrés quelques jours avant leur sortie, seuls 27,8 % des participants indiquent qu'ils vivront dans un logement personnel à la sortie, quand 44,9 % déclarent qu'ils habiteront chez un tiers (famille, proches) et 6,1 % en institution. Enfin, 20,6 % ignorent où loger. Plus des deux tiers (68,9 %) des participants anticipent un statut de chômeur à la sortie ou ne savent pas quel sera leur avenir professionnel.

	Modalités	n (%) à l'entrée	n (%) à la sortie
Logement	Dans un logement personnel	270 (46,1)	163 (27,8)
	Hébergement chez un tiers (famille, proches)	236 (40,3)	263 (44,9)
	Hébergement en institution	25 (4,3)	36 (6,1)
	Sans domicile fixe	53 (9,0)	32 (5,5)
	Non-réponse	2 (0,3)	3 (0,5)
	Je ne sais pas	-	89 (15,2)
Situation professionnelle	Sans activité professionnelle	310 (52,9)	201 (34,3)
	En activité professionnelle	271 (46,2)	175 (29,9)
	Autre (congrés longue durée, personne handicapée, ...)	5 (0,9)	7 (1,2)
	Je ne sais pas	-	203 (34,6)

Tableau 3 : Logement et situation professionnelle à l'entrée et à la sortie de détention

Environ la moitié des répondants (52,4 %) a connu une assistance éducative ou un placement au cours de l'enfance et près de la moitié (45,2 %) a été soumise à une mesure pénale avant la majorité (voir *Tableau 4*).

	Modalités	n (%)
Mesure pénale pendant la minorité	Oui	265 (45,2)
	Non	316 (53,9)
	Non-réponse	5 (0,9)
Assistance éducative (question à choix multiple)	Non	344 (58,7)
	Oui, assistance éducative au domicile de votre famille	75 (12,8)
	Oui, placement chez un membre de votre famille	9 (1,5)
	Oui, placement en famille d'accueil	41 (7,0)
	Oui, placement en foyer	130 (22,2)
	Oui, placement en institut-médico-éducatif (IME)	14 (2,4)
	Oui, autre	38 (6,5)
	Non-réponse	7 (1,2)

Tableau 4 : Mesures pénales et mesures d'assistance éducative

Parcours pénal et carcéral

Une grande majorité des participants (406 soit 69,3 %) a des antécédents d’incarcération : parmi eux, 208 (35,5 %) ont déjà été incarcérés de 1 à 3 fois, 183 (31,2 %) ont déjà été incarcérés plus de 4 fois et 15 (2,6 %) n’ont pas précisé le nombre d’incarcération. Les motifs déclarés le plus fréquemment sont les violences envers les personnes, les vols et autres atteintes aux biens, les infractions à la législation sur les stupéfiants et les infractions routières. La durée médiane de la peine en cours est de 12 mois. Au moment de l’entretien, 39,9 % des répondants n’ont pas de codétenu. Près d’un cinquième des personnes détenues (19,4 %) a dormi sur un matelas au sol pendant moins d’une semaine au cours de l’incarcération et le quart (25,8 %) a fait l’expérience d’un placement au quartier disciplinaire (Tableau 5).

	Modalités	n (%)
Incarcération primaire	Oui	179 (30,5)
	Non	406 (69,3)
	Non-réponse	1 (0,2)
Seul dans la cellule	Oui, je suis seul en cellule	234 (39,9)
	Non	350 (59,7)
	Non-réponse	2 (0,3)
Placement au quartier disciplinaire	Oui	151 (25,8)
	Non	433 (73,9)
	Non-réponse	2 (0,3)
Placement au quartier d’isolement	Oui	15 (2,6)
	Non	569 (97,1)
	Non-réponse	2 (0,3)
Dormir sur un matelas au sol	Non	471 (80,4)
	Oui, pendant moins d’une semaine	16 (2,7)
	Oui, pendant une semaine à un mois	48 (8,2)
	Oui, pendant plusieurs mois	50 (8,5)
	Non-réponse	1 (0,2)

Tableau 5 : Antécédents d’incarcération et conditions de détention

Parmi les répondants, 31,9 % déclarent n’avoir jamais fait de sport depuis le début de l’incarcération, 41,8 % n’ont pas eu accès aux parloirs, 47,4 % n’ont jamais travaillé, 59,9 % n’ont pas eu accès à la scolarité, 68,4 % n’ont participé à aucune activité socio-culturelle et 76,5 % n’ont jamais accédé à une formation professionnelle. Ces résultats sont à mettre en relation avec le niveau de satisfaction déclaré par les répondants quant à leur accès à ces activités : majoritairement (55,1 %) satisfaits de l’accès au sport, les répondants se disent plus souvent insatisfaits de l’accès à la formation professionnelle (55,6 %) et au travail (52,9 %). Nombre d’entre eux (39,6 %) ont bénéficié au moins une fois de l’aide aux indigents (Tableau 6).

	Modalités	n (%)
Accès aux parloirs	Oui	336 (57,3)
	Non	245 (41,8)
	Non-réponse	5 (0,9)
Bénéficiaire de l'aide aux indigents	Oui	232 (39,6)
	Non	351 (59,9)
	Non-réponse	3 (0,5)
Accès au sport	Jamais	187 (31,9)
	Rarement/parfois	127 (21,7)
	Souvent/très souvent	263 (44,9)
	Non-réponse	9 (1,5)
Accès au travail	Jamais	278 (47,4)
	Rarement/parfois	77 (13,1)
	Souvent/très souvent	226 (38,6)
	Non-réponse	5 (0,9)
Accès à une formation professionnelle	Jamais	448 (76,5)
	Rarement/parfois	44 (7,5)
	Souvent/très souvent	78 (13,3)
	Non-réponse	16 (2,7)
Accès à la scolarité	Jamais	351 (59,9)
	Rarement/parfois	95 (16,2)
	Souvent/très souvent	126 (21,5)
	Non-réponse	14 (2,4)
Accès à une activité socio-culturelle	Jamais	401 (68,4)
	Rarement/parfois	100 (17,1)
	Souvent/très souvent	69 (11,8)
	Non-réponse	16 (2,7)

Tableau 6 : Accès aux aides, parloirs, activités et formations en détention

Par ailleurs, des violences physiques et psychiques sont rapportées par 18,8 % et 19,1 % des participants, respectivement. Quatre personnes (0,7 %) déclarent des violences sexuelles (Tableau 7).

	Modalités	n (%)
Violences physiques	Oui	110 (18,8)
	Non	474 (80,9)
	Non-réponse	2 (0,3)
Violences psychiques	Oui	112 (19,1)
	Non	471 (80,4)
	Non-réponse	3 (0,5)
Violences sexuelles	Oui	4 (0,7)
	Non	580 (99,0)
	Non-réponse	2 (0,3)

Tableau 7 : Exposition aux violences en détention

Au moment de leur libération, sur les 586 participants, 6,5 % indiquent bénéficier d'un aménagement de peine (semi-liberté, libération conditionnelle, surveillance électronique ou placement à l'extérieur). Ce résultat est néanmoins à mettre en relation avec le nombre important de personnes (450) qui n'ont pu être incluses dans l'étude en raison d'un aménagement de peine non anticipé.

En ce qui concerne l'appréciation subjective du caractère « juste » de la peine (illustrée Figure 3), notée de 0 (« très injuste ») à 10 (« très juste »), près des deux-tiers des participants (65,5 %) donnent une note inférieure ou égale à 5.

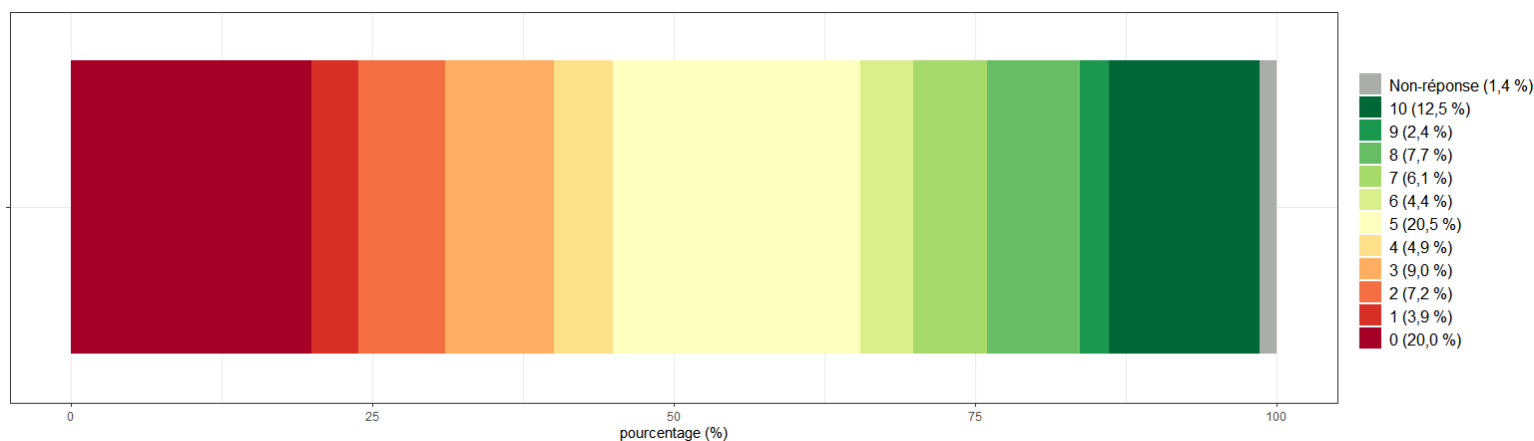


Figure 3 : Évaluation subjective du caractère « juste » de la peine à l'aide d'une échelle allant de 0 (« très injuste ») à 10 (« très juste »)

Parcours de soin

Concernant l'état de santé général des répondants, plus du quart (26,3 %) des personnes détenues déclarent présenter une maladie ou un problème de santé chronique ou durable. La majorité des participants sont fumeurs (86,7 %) et l'âge médian de l'initiation à la consommation de tabac est de 15 ans. Par ailleurs, près d'un tiers de l'échantillon (35,8 %) ne déclare pas de médecin traitant.

Avant l'incarcération, 284 participants (48,5 %) ont déjà bénéficié d'un suivi par un psychiatre, un psychologue ou un addictologue, dont 140 (23,9 %) dans le mois précédent l'incarcération. Près d'un cinquième des répondants (19,5 %) ont déjà été hospitalisés en psychiatrie, 10,9 % ont déjà été hospitalisés en addictologie ou ont suivi une cure ou postcure, et 13,1 % ont bénéficié d'un traitement par agoniste opioïde (TAO) (Tableau 8).

	Modalités	n (%)
Suivi par un psychiatre/ psychologue/addictologue	Oui	284 (48,5)
	Non	298 (50,9)
	Non-réponse	4 (0,7)
Si oui, suivi dans le mois précédant l'incarcération	Oui	140 (23,9)
	Non	143 (24,4)
	Non-réponse	1 (0,2)
Hospitalisation en psychiatrie	Oui	114 (19,5)
	Non	470 (80,2)
	Non-réponse	2 (0,3)
Hospitalisation en addictologie	Oui	64 (10,9)
	Non	521 (88,9)
	Non-réponse	1 (0,2)
Traitement par agoniste opioïde (TAO)	Oui	77 (13,1)
	Non	508 (86,7)
	Non-réponse	1 (0,2)

Tableau 8 : Antécédents psychiatriques et addictologiques avant l'incarcération

Pendant leur incarcération, la majorité des participants a bénéficié d'au moins une consultation par un médecin généraliste (88,6 %), un dentiste (63,8 %) et par un professionnel de santé mentale – psychiatre, psychologue ou infirmier en psychiatrie (89,6 %). Près d'un quart des personnes détenues (27,6 %) a été suivi dans un centre spécialisé alcool / toxicomanie (CSAPA, CAARUD, etc.). Enfin, 7,0 % des participants ont été hospitalisés en psychiatrie durant leur détention (SMPR, UHSA soins libres ou SDRE, hôpital de secteur). En ce qui concerne les traitements prescrits, 13,3 % indiquent avoir reçu un TAO et 55,1 % un « autre médicament pour les nerfs, pour dormir comme des tranquillisants, des somnifères ou des antidépresseurs » (Tableau 9).

	Modalités	n (%)
Consultation par un professionnel de santé mentale	Oui	525 (89,6)
	Non	61 (10,4)
Hospitalisation en psychiatrie (UHSA, SMPR ou secteur général)	Oui	41 (7,0)
	Non	542 (92,5)
	Non-réponse	3 (0,5)
Traitement par agoniste opioïde (TAO)	Oui	78 (13,3)
	Non	503 (85,8)
	Non-réponse	5 (0,9)
Autres médicaments pour les nerfs	Oui	323 (55,1)
	Non	259 (44,2)
	Non-réponse	4 (0,7)

Tableau 9 : Soins de santé mentale pendant l'incarcération

En ce qui concerne les niveaux de satisfaction déclarés, pour l'accès aux centres spécialisés alcool/toxicomanie, 39,8 % des répondants se disent satisfaits. Ce chiffre est de 53,2 % pour l'accès aux soins dentaires, 58,5 % pour l'accès aux psychologues, 67,4 % pour l'accès aux psychiatres et 81,6 % pour l'accès aux médecins généralistes. Notons que 15,2 % des participants déclarent s'orienter vers d'autres personnes que les professionnels de santé mentale pour des « problèmes ou difficultés de santé mentale » (en majorité codétenu, familles ou amis).

En ce qui concerne l'appréciation subjective de l'effet de l'incarcération sur la santé mentale (illustrée Figure 4), notée de 0 (« très négatif ») à 10 (« très positif »), plus de la moitié des participants (57,9 %) donnent une note inférieure ou égale à 5.

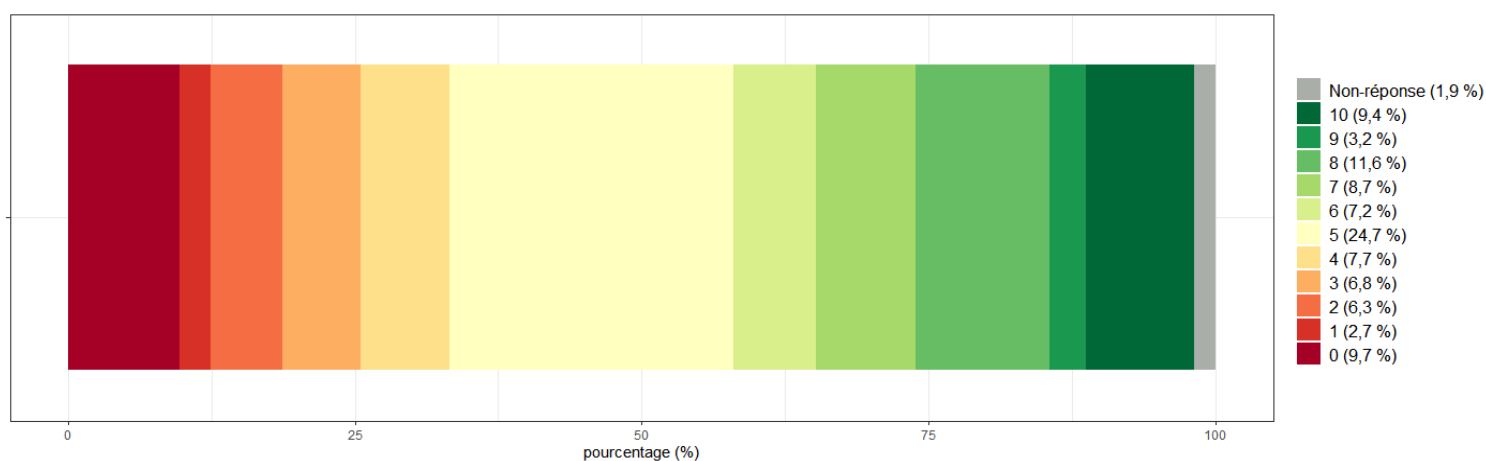


Figure 4 : Évaluation subjective de l'effet de l'incarcération sur la santé mentale, à l'aide d'une échelle allant de 0 (« très négatif ») à 10 (« très positif »)

Dans les jours précédant leur libération, 22,0 % des répondants déclarent avoir un rendez-vous prévu avec un professionnel de santé mentale à la sortie, et 14,7 % indiquent un suivi avec un addictologue.

Prévalence et sévérité des troubles psychiatriques et addictologiques

Au total, 67,1 % [63,1-70,8] des participants présentent au moins un trouble psychiatrique ou lié à une substance, dépisté par le MINI à la sortie de détention. Environ la moitié de l'échantillon est concernée par les troubles liés à une substance (49,0 % [44,9-53,1]), un tiers par les troubles thymiques (30,4 % [26,7-34,3]) et un tiers par les troubles anxieux (31,9 % [28,2-35,9]). Un syndrome psychotique est identifié chez un répondant sur 10 (10,8 % [8,4-13,6]). La Figure 5 présente la prévalence de l'ensemble des troubles. Par ailleurs, un trouble de personnalité antisociale est identifié avec le MINI chez 27,6 % [24,3-31,7] des participants, et une insomnie chez 23,7 % [20,4-27,4] d'entre eux.

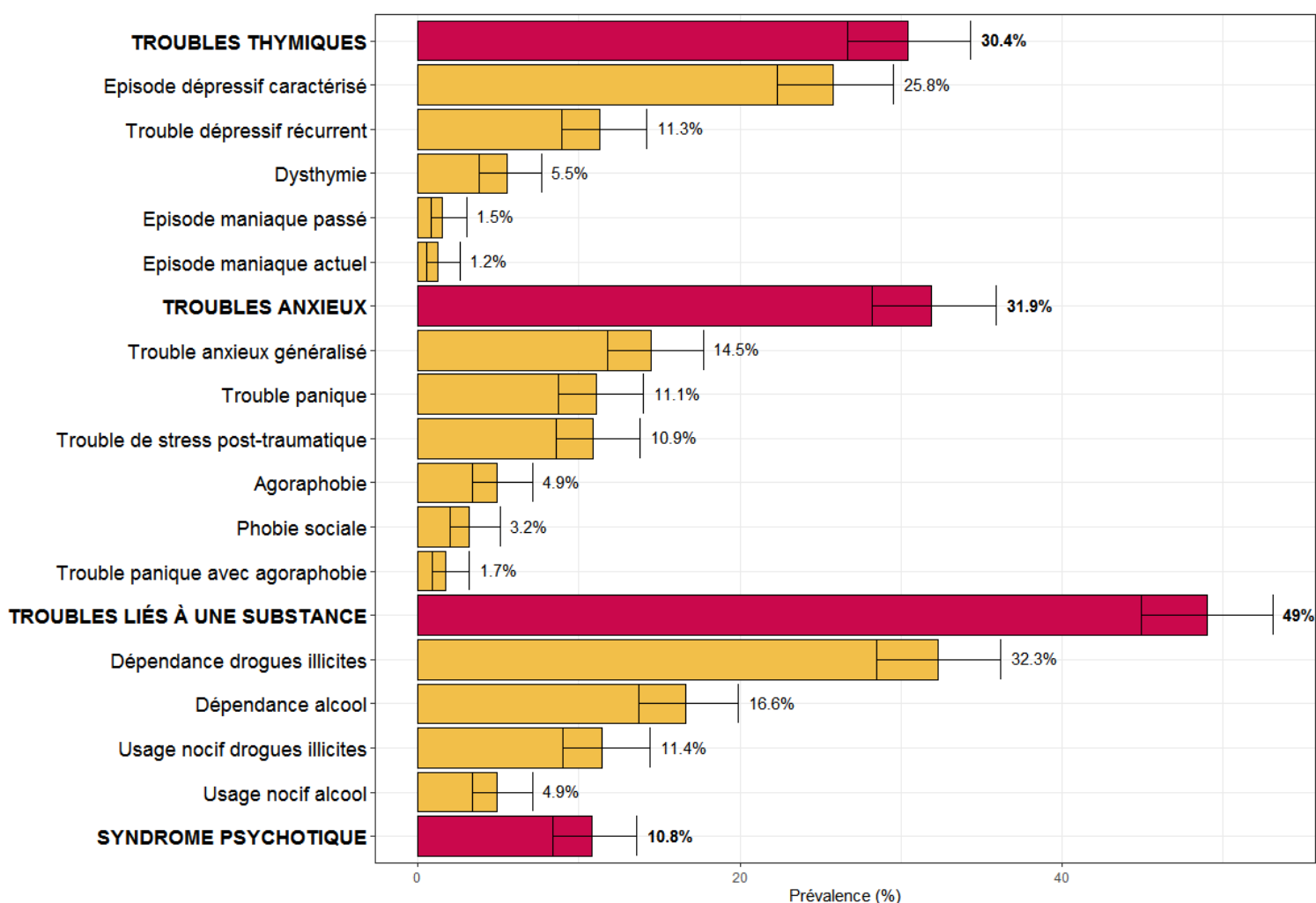


Figure 5 : Prévalence des troubles de santé mentale à la libération selon le MINI

Prévalence des idées et des conduites suicidaires

Les résultats du MINI montrent qu'un risque suicidaire est identifié chez 27,8 % [24,3-31,7] des répondants, avec un risque élevé, modéré et léger pour respectivement 8,2 % [6,2-10,8], 1,5 % [0,8-3,0] et 18,1 % [15,1-21,5] de l'échantillon.

Par ailleurs, 28,2 % des hommes interrogés déclarent avoir eu des idées suicidaires au cours de l'incarcération alors que 9,6 % indiquent avoir fait une tentative de suicide et 5,5% ont été hospitalisés suite à une tentative de suicide. Les résultats sont représentés en *Figure 6*.

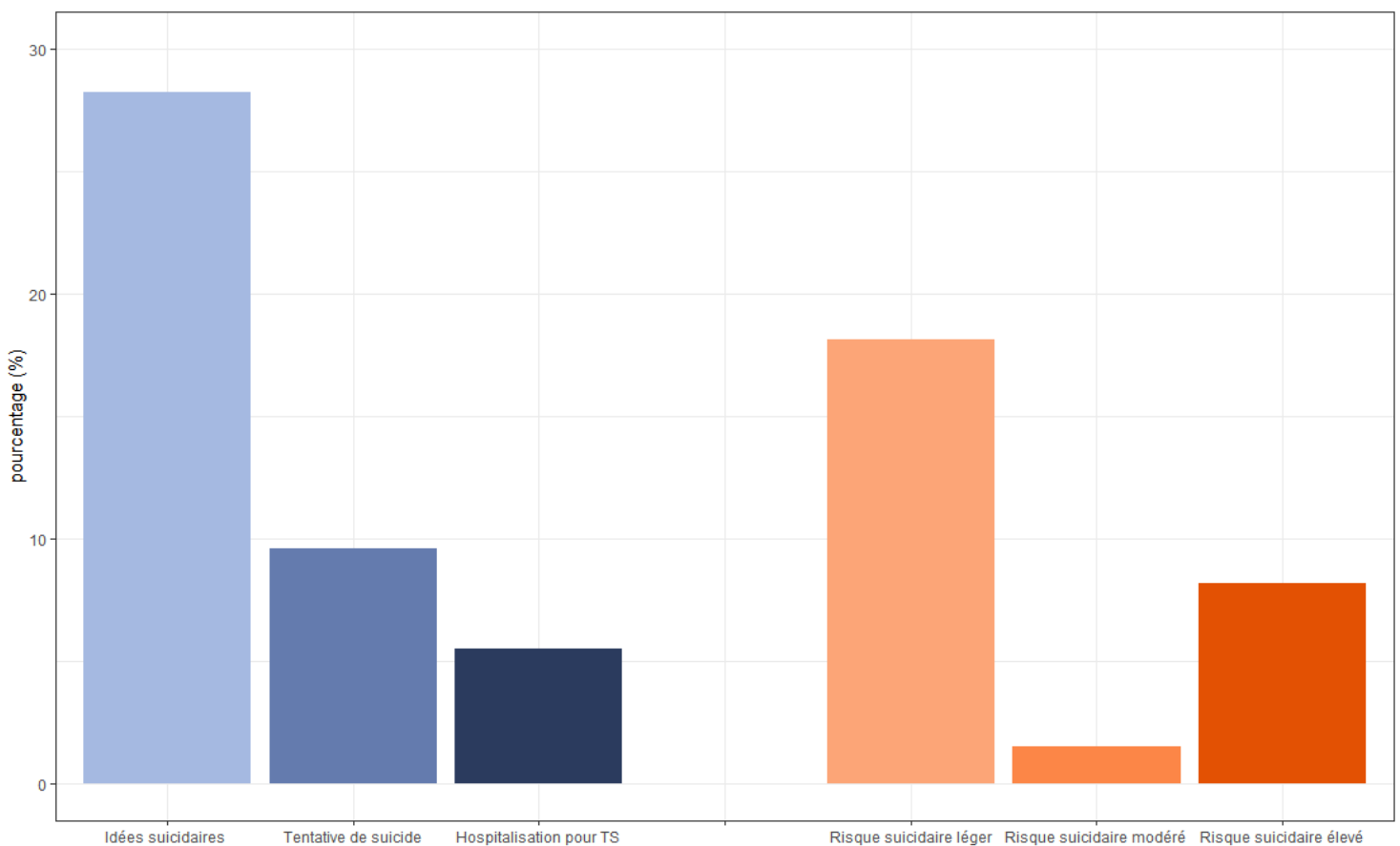


Figure 6 : Idées suicidaires, tentatives de suicide et risque suicidaire

En ce qui concerne la sévérité des troubles, 39,4 % [35,5-43,5] des participants sont considérés comme ne présentant aucune maladie psychiatrique, 17,7 % [14,8-21,1] sont considérés à la limite, 10,2 % [8,0-13,1] sont considérés légèrement malades, 16,6 % [13,7-19,9] modérément, 13,3 % [10,7-16,4] manifestement et 2,4 % [1,4-4,1] gravement malades selon l'échelle CGI. Enfin, seul un participant (0,2 % [0,0-1,1]) fait partie des patients considérés comme les plus malades. Les résultats sont représentés en *Figure 7*.

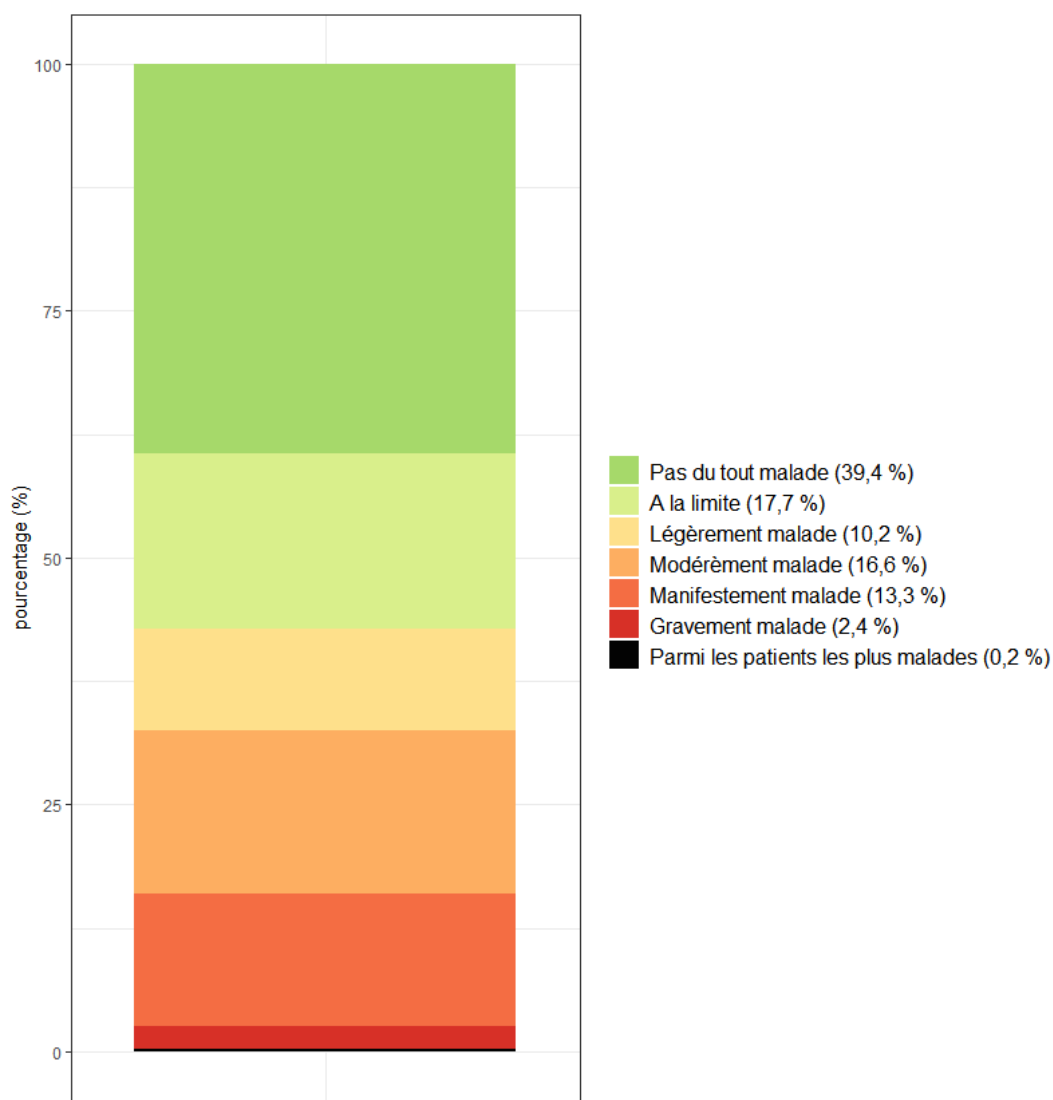


Figure 7 : Sévérité clinique des troubles de santé mentale à la libération selon la CGI

Prévalence des traumatismes dans l'enfance

D'après les réponses obtenues à la CTQ, 433 participants (soit 73,9 % [70,1-77,4]) ont déjà été exposés à au moins un traumatisme (i.e., négligence ou abus) dans l'enfance et 182 (soit 31,1 % [27,4-35,0]) à au moins un traumatisme sévère.

Les traumatismes les plus fréquents sont la négligence émotionnelle et la négligence physique qui concernent respectivement 54,9 % [50,8-59,0] et 43,2 % [39,1-47,3] des participants. Les abus émotionnels, physiques et sexuels concernent 41,3 % [37,3-45,4], 38,6 % [34,6-42,6] et 13,3 % [10,7-16,4] de l'échantillon, respectivement.

Les prévalences des traumatismes subis dans l'enfance sont décrites dans la *Figure 8*.

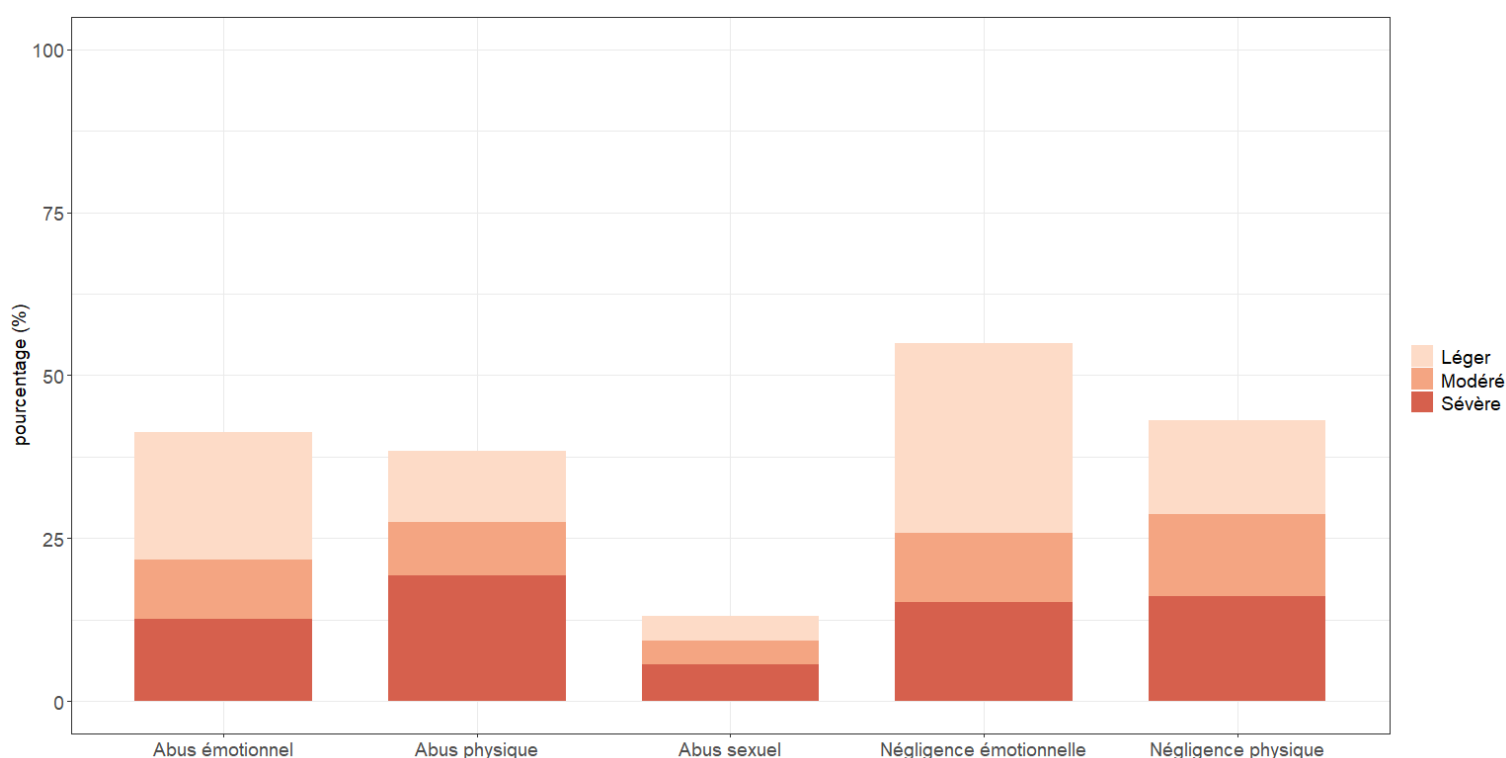


Figure 8 : Prévalence de l'exposition à des traumatismes dans l'enfance chez les hommes détenus selon le CTQ-28

Représentativité de l'échantillon

Comparées aux données nationales transmises par la DAP sur les caractéristiques socio-démographiques des personnes détenues en maison d'arrêt, la moyenne d'âge de l'échantillon est plus élevée ($p < 0,001$) et la répartition des durées de peine diffère significativement ($p < 0,001$) avec une sous-représentation des peines courtes (< 6 mois) et longues (> 2 ans). Des différences sont également retrouvées concernant le motif principal d'incarcération ($p < 0,001$) avec une surreprésentation des violences envers les personnes et des infractions routières, et une sous-représentation des vols, des homicides, des viols et des agressions sexuelles. Les données relatives à la nationalité ne diffèrent pas des données nationales ($p = 0,117$) (*Tableau 10*).

Plusieurs pistes peuvent être évoquées pour expliquer ces différences. D’abord, la méthodologie de l’étude a pu limiter l’inclusion des personnes condamnées à des peines courtes (en raison des réductions de peines supplémentaires entraînant des libérations anticipées ne permettant pas l’inclusion) et des personnes condamnées à des peines longues en raison de possibles transfèrements. En ce qui concerne le motif principal d’incarcération, nous comparons des données nationales objectivées par le dossier pénal à des données déclaratives, ce qui pourrait expliquer une partie des différences observées.

	Modalités	Échantillon SPCS, n (%)	Population de référence*, n (%)
Age	[18-21[	3 (0,5)	1 847 (9,0)
	[21-25[	93 (15,9)	3 530 (17,2)
	[25-30[	109 (18,6)	4 016 (19,2)
	[30-40[	187 (31,9)	6 253 (30,5)
	[40-50[	120 (20,5)	3 125 (15,2)
	[50-60[	55 (9,4)	1 270 (6,2)
	[60 ans ou plus [	19 (3,2)	483 (2,4)
Nationalité	Française	440 (75,1)	15 783 (76,9)
	Étrangère	144 (24,6)	4 721 (23,0)
	Non-renseignée	2 (0,3)	21 (0,1)
Durée de peine	Inférieur ou égal à 6 mois	124 (21,2)	6 584 (32,1)
	Entre 6 mois et 1 an	190 (32,4)	4 495 (21,9)
	Entre 1 an et 2 ans	176 (30,0)	4 299 (20,9)
	Entre 2 et 5 ans	74 (12,6)	3 249 (15,8)
	Supérieur à 5 ans	4 (0,7)	1 897 (9,2)
	Non-renseignée	18 (3,1)	0 (0,0)
Motif principal d’infraction	Vol et atteinte aux biens	129 (22,0)	5 955 (29,0)
	Infraction à la loi sur les stupé- fiants	103 (17,6)	3 764 (18,3)
	Violence contre les personnes	206 (35,2)	5 269 (25,7)
	Viol, agression sexuelle	13 (2,2)	1 204 (5,9)
	Infraction routière	66 (11,3)	1 667 (8,1)
	Homicide	1 (0,2)	832 (4,0)
	Autres	60 (10,2)	1 312 (6,4)
	Non-renseignée	8 (1,4)	521 (2,5)

Tableau 10 : Représentativité de l’échantillon pour l’âge, la nationalité, la durée de peine et le motif principal d’incarcération

***Champ** : hommes condamnés et condamnés prévenus détenus majeurs en MA ou QMA en France métropolitaine au 1er septembre 2020. **Source** : Ministère de la justice-DAP-SDEX-EX3-Infocentre pénitentiaire

SYNTHÈSE ET CONCLUSION

Résultats principaux

Ces résultats montrent que les **deux-tiers des hommes détenus en MA présentent, à la sortie de prison, un trouble psychiatrique ou lié à une substance**. La moitié de l'échantillon est concernée par un trouble lié à une substance, un tiers par les troubles thymiques, un tiers par les troubles anxieux et un dixième par un syndrome psychotique. Par ailleurs, près d'un quart présente un trouble de personnalité antisociale. La même proportion est retrouvée pour les insomnies, et enfin, près d'un homme détenu sur 10 présente un risque suicidaire modéré ou élevé à la sortie de détention.

Comparaison avec la littérature

Le *Tableau 11* met en regard les prévalences retrouvées dans notre étude à celles mesurées, également avec le MINI : (i) à l'entrée en MA dans une étude menée dans le Nord et le Pas-de-Calais (Fovet et al., 2020) (28) et (ii) au cours de la détention (tous types d'établissement pénitentiaire confondu) sur l'ensemble du territoire français (Falissard et al., 2006)(17).

	SPCS	Falissard et al. (2006)	Fovet et al. (2020)
Troubles de l'humeur	30,4 %	28,6 %	31,2 %
Troubles anxieux	31,9 %	24,0 %	44,4 %
Trouble de stress post-traumatique	10,9 %	6,6 %	5,0 %
Syndrome psychotique	10,8 %	17,3 %	6,9 %
Dépendance à l'alcool	16,6 %	8,7 %	23,5 %
Dépendance aux drogues illicites	32,3 %	8,9 %	26,7 %

Tableau 11 : Prévalences des troubles de santé mentale à la sortie de détention (SPCS), en détention (Falissard et al.) et à l'entrée en détention (Fovet et al.)

Notons que la prévalence des troubles de l'humeur se situe autour de 30% dans les 3 études, soulignant notamment l'importance de la dépression en population carcérale à tous les stades de la détention. Ce point important devra être intégré dans les réflexions en cours sur la prévention du suicide en prison. La prévalence des troubles anxieux est également très élevée, particulièrement à l'entrée en détention (ce qui pourrait être mis en lien avec la notion de « choc carcéral ») mais également au moment de la libération (plus de 30% des personnes souffrent d'un trouble anxieux avant leur libération de MA). La prévalence plus élevée du TSPT avant la libération interroge quant à l'exposition à des événements potentiellement traumatiques au cours de la détention. Les différences observées en ce qui concerne le syndrome psychotique et tout particulièrement la prévalence plus élevée dans le travail de Falissard et al. pourraient être rapportées aux

variations dans les types d'établissements pénitentiaires considérés selon les travaux, soulignant l'importance de futures études en CD et en MC. Enfin les différences observées dans les prévalences des troubles liés à une substance pourraient être mis en perspective avec l'évolution des consommations au cours avec l'incarcération (Rousselet et al. 2019 Plos One)(32).

Limites

Cette étude présente plusieurs limites. D'abord, si le taux de réponse est élevé (68,7 %), le taux d'inclusion est quant à lui plus faible (24,2 %) et légèrement inférieur à l'objectif fixé initialement pour atteindre un nombre de 799 inclus (32 %). Ce taux de participation est essentiellement lié à la méthodologie de l'étude : la plupart des non-inclusions résultent de l'impossibilité de participer à l'étude en raison d'un transfèrement vers un autre établissement ou d'une libération anticipée.

Les non-inclusions sont susceptibles de biaiser l'estimation de la prévalence des troubles à la sortie de prison, ainsi que la sévérité de ces troubles. En effet, de nombreuses personnes n'ont pu être incluses en raison de libérations anticipées sous la forme d'aménagement de peine. On peut faire l'hypothèse que l'état de santé mentale de ces personnes libérées de manière anticipée diffère en comparaison à la population n'ayant pas bénéficié de ce type d'aménagement.

Ensuite, l'étude se limite aux hommes condamnés sortant de MA, elle ne prend donc en compte ni les hommes libérés à l'issue d'une période de détention préventive, ni les hommes condamnés et détenus dans des établissements pour peine. Notons toutefois que les MA enferment 68 % des hommes détenus (49 641 personnes au 1er novembre 2022) et 56,4 % des hommes condamnés (30 059 pour 53 227 hommes condamnés).

Réalisée en langue française, cette étude n'a pu inclure les personnes non-francophones tirées au sort. Les données recueillies sont également exclusivement déclaratives et il est important de signaler un potentiel biais de mémorisation puisque les répondants étaient interrogés à propos de la période pré-incarcération au moment de leur sortie de maison d'arrêt.

Enfin, il nous semble important de rappeler que le design de l'étude permet de décrire, au sein d'un échantillon représentatif de la population carcérale à un moment donné, la prévalence des troubles de santé mentale que les personnes détenues présentent à la sortie de détention. Dans la mesure où les courtes peines sont plus représentées au sein de la population carcérale sortante qu'au sein de la population incarcérée à un moment donné, notre échantillon n'est donc pas représentatif de la population carcérale sortante.



**VOLET POPULATION CARCÉRALE
SORTANTE FÉMININE**



OBJECTIFS

L'objectif principal de l'étude est de mesurer la prévalence des troubles psychiatriques à la sortie de prison.

Les objectifs secondaires sont les suivants :

- 1) Caractériser la gravité des troubles,
- 2) Mesurer la prévalence des traumatismes subis dans l'enfance,
- 3) Décrire l'expérience carcérale vécue,
- 4) Décrire le parcours de soins et d'accompagnement durant la détention ainsi que celui envisagé après la libération.

MÉTHODOLOGIE

Population et design de l'étude

Le volet *Population carcérale sortante féminine* de l'étude SPCS consiste en une étude transversale multicentrique menée du 28 avril 2021 au 15 septembre 2022. Afin d'obtenir une population représentative de la population carcérale sortante dans les Hauts-de-France, l'étude a été menée dans les quatre établissements de la région accueillant des femmes : Bapaume, Beauvais, Sequedin et Valenciennes.

Le nombre de participantes minimal à inclure a été estimé à 100. Cette estimation a pris en compte la prévalence la plus faible attendue, soit 2,3 % pour le syndrome psychotique (27), pour un risque à 5 % et une précision absolue à 3 %. Le recrutement a été consécutif : chaque mois, la DAP transmettait au promoteur la liste des femmes sortantes répondant aux critères d'inclusion de l'étude : (i) personnes majeures (ii) ayant fait l'objet d'une condamnation (sauf en cas de statut de prévenu) et (iii) ayant une sortie de prison prévue dans le mois. Au total, une liste de 248 femmes sortant de ces quatre établissements a été constituée (*Figure 9*).

Les personnes sélectionnées ont été rencontrées par les enquêteurs dans les 30 jours précédents leur libération afin de s'assurer de l'absence des critères de non-inclusion suivants : (i) maîtrise insuffisante de la langue française et (ii) trouble cognitif ou psychiatrique empêchant la passation des questionnaires. Une note d'information était alors remise et un rendez-vous fixé pour la réalisation de l'entretien d'évaluation dans les 10 jours précédant la libération. La non-opposition à l'étude était consignée lors de cet entretien. Au regard des difficultés organisationnelles, le délai de 10 jours a été assoupli en cours d'étude : les enquêteurs ont été autorisés à inclure dans le mois précédant la libération afin de faciliter les inclusions.

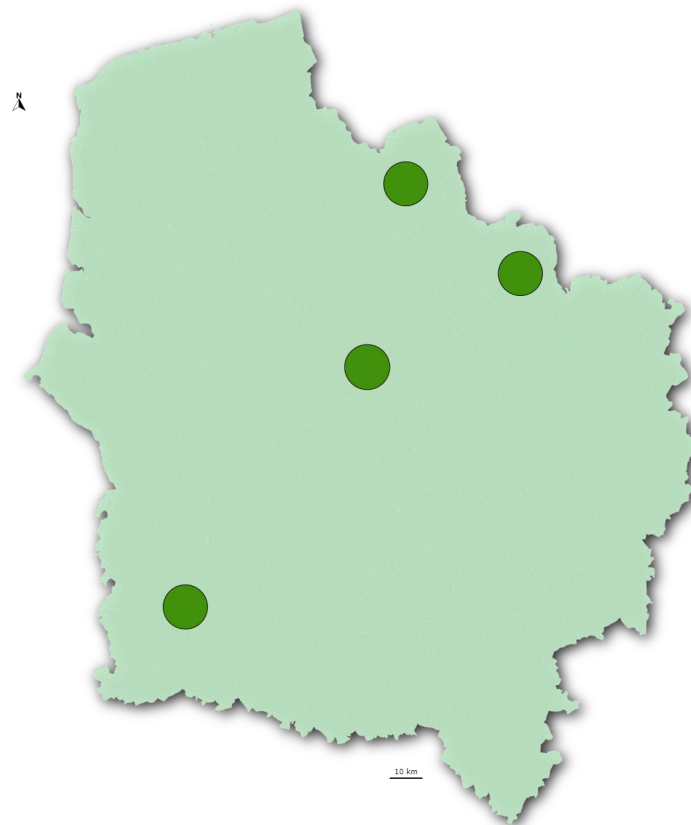


Figure 9 : Les 4 centres participants au volet Population carcérale sortante féminine de l'étude SPCS

Collecte des données

Les entretiens, réalisés dans un bureau garantissant la confidentialité des échanges, ont été menés par des enquêteurs locaux formés à la passation des questionnaires. Les enquêteurs (médecins, psychologues, ou infirmiers de l'USMP) étaient encadrés par un investigateur principal (médecin ou psychologue). Une expérience d'au moins trois mois en milieu pénitentiaire était requise pour devenir enquêteur.

Un questionnaire en ligne permettait à l'enquêteur de saisir l'ensemble des données sur une tablette ou sur un ordinateur. Les données étaient stockées via un hébergeur de données de santé à caractère personnel : la plateforme Voozаноо développée par Epiconcept.

Les questionnaires comportaient quatre volets :

1) **Données socio-démographiques et de santé** explorant notamment la situation sociale, économique et familiale, le parcours pénal et l'expérience carcérale (accès aux activités, conditions d'incarcération, maintien des liens familiaux, rapport à la peine), le parcours de soin au cours de l'incarcération et le projet de soin prévu pour la phase post-carcérale. Le recours aux soins de santé mentale en milieu carcéral (suivi par les équipes des USMP, par les CSAPA ou CAARUD, par le SMPR, hospitalisations, etc.) et l'évaluation subjective de ces soins par les participants étaient particulièrement documentés.

2) **Évaluation diagnostique des troubles de santé mentale** à partir de la version française du questionnaire structuré Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI) (29). Les troubles explorés par le MINI étaient les suivants : épisode dépressif caractérisé, dysthymie, épisode maniaque, agoraphobie, trouble panique, phobie sociale, anxiété généralisée, état de stress posttraumatique, troubles liés à une consommation d'alcool, troubles liés à une consommation de drogues, syndromes psychotiques, risque suicidaire, insomnie, trouble de la personnalité antisociale.

3) **Évaluation des expériences traumatisantes subies dans l'enfance** à partir de la version française du questionnaire structuré Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) (30). La CTQ permet de décrire, en 28 items, l'exposition à la maltraitance physique, la négligence affective, la négligence physique, la violence sexuelle et violence psychique, et d'évaluer la compréhension que la personne a des traumatismes éventuellement subis. L'échelle comporte 28 affirmations portant sur des expériences subies.

4) **Évaluation par l'enquêteur de la gravité des troubles de santé mentale** identifiés par le MINI au moyen d'une échelle de gravité Clinical Global Impression (CGI) (31). La gravité était cotée de 1 à 7, allant de 1 « normal, pas du tout malade » à 7 « parmi les patients les plus malades ».

Analyses statistiques

Seules les réponses des participantes ayant complété l'ensemble des questionnaires ont été analysées.

Les caractéristiques de l'échantillon ont été décrites en présentant les moyennes et écarts-types des variables quantitatives (ou médianes et intervalles interquartiles en cas de distribution non normale), ainsi que les effectifs et proportions par modalité de réponse des variables catégorielles.

Conformément à l'objectif principal de l'étude, les prévalences et intervalles de confiance à 95 % (IC95 %) des troubles identifiés par le MINI ont été calculées. Afin de répondre aux objectifs secondaires, la distribution du score CGI a été décrite pour l'ensemble de l'échantillon, les prévalences (et leurs IC95 %) des expositions aux traumatismes dans l'enfance ont été calculées (pour tout type de traumatisme, et par catégorie de traumatisme), et les données relatives à l'expérience carcérale et au parcours de soins et d'accompagnement durant la détention et envisagé après la libération ont été décrites.

Afin de s'assurer de la représentativité de l'échantillon, les caractéristiques des répondantes (âge, nationalité, durée et motif principal d'incarcération) ont été comparées aux données régionales pour les condamnées et condamnées prévenues détenues majeures dans un établissement des Hauts-de-France au 1er septembre 2022, mises à disposition par la DAP.

Les analyses ont été réalisées avec le logiciel R 3.5.1.

RESULTATS

Parmi les 248 femmes sélectionnées, 133 ont participé à l'étude. Au total, 131 dossiers ont été complètement remplis, soit un taux d'inclusion de 52,8 % en rapportant le nombre de participantes analysées au nombre de personnes tirées au sort, et un taux de réponse à 98,5 % en le rapportant aux nombres de personnes éligibles. Le diagramme de flux, décrit dans la *Figure 10*, détaille les motifs de non-inclusion.

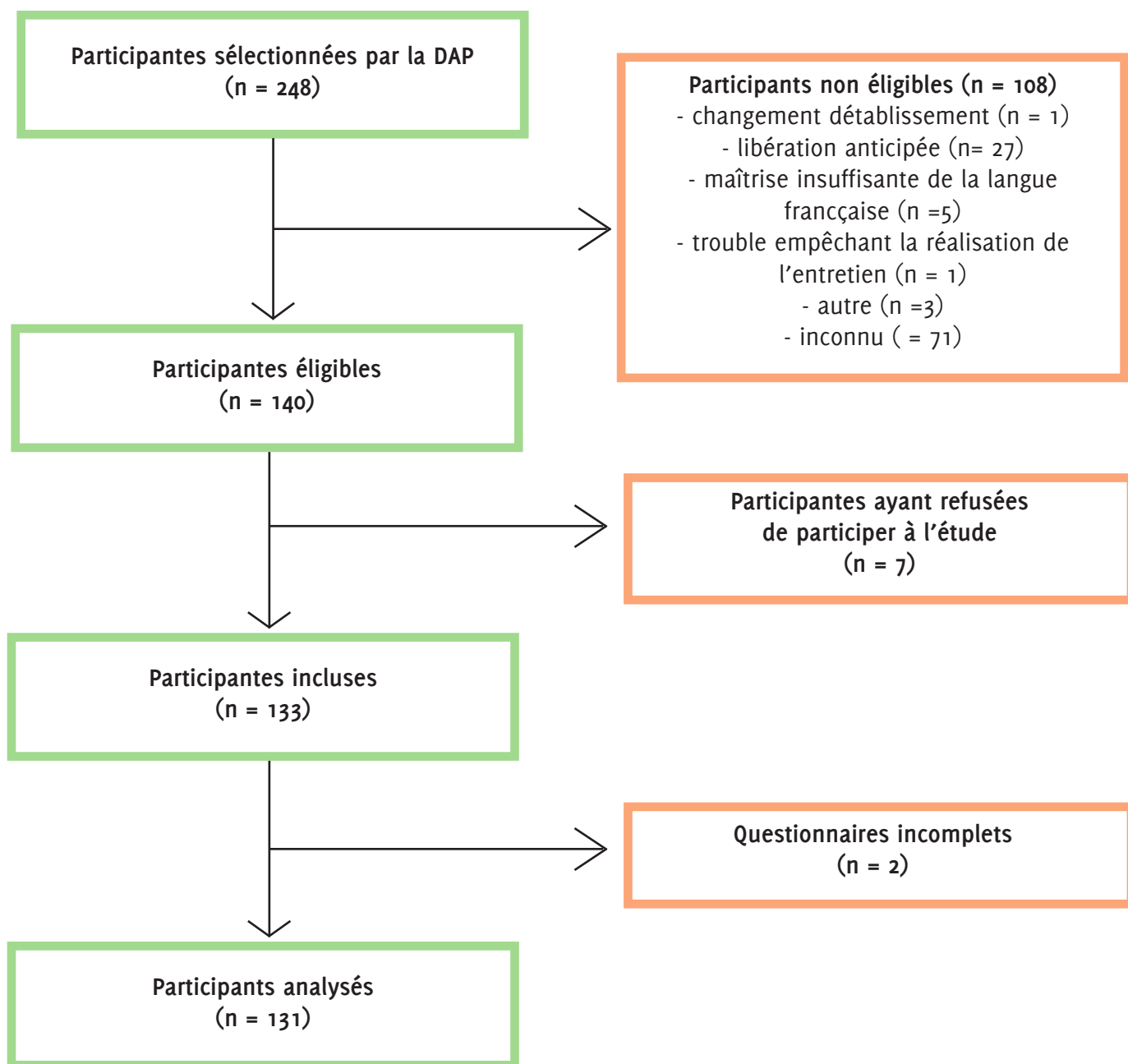


Figure 10 : Diagramme de flux des participantes au volet Population carcérale sortante féminine de l'étude SPCS

Les taux d'inclusion varient de 19,6 % à 76,2 % selon les centres (*Tableau 12*).

Centre	Nombre d'inclusions	Nombre de numéros d'écrou envoyés	Taux d'inclusion
Valenciennes	16	21	76,2 %
Sequedin	97	138	70,3 %
Bapaume	8	38	21,1 %
Beauvais	10	51	19,6 %
Total général	131	248	52,8 %

Tableau 12 : Taux d'inclusion en fonction des 4 centres

DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

Le questionnaire socio-démographique explore plusieurs dimensions du parcours de vie, du parcours carcéral et du parcours de soin des personnes interrogées.

Parcours de vie

Certaines caractéristiques relatives au parcours de vie sont décrites dans le *Tableau 13*. L'échantillon du volet Population carcérale sortante féminine est majoritairement constitué de personnes célibataires (86,3 %).

La moyenne d'âge des participantes est de $37,3 \pm 9,5$ ans et 92,4 % des répondantes sont de nationalité française. La majorité de l'échantillon (84,0 %) a au moins un enfant. Environ un cinquième (22,1 %) des personnes interrogées n'a aucun diplôme et plus de la moitié dispose d'un diplôme inférieur au baccalauréat (58,8 %).

	Modalités	n (%)
Âge	[18-25[	11 (8,4)
	[25-30[	20 (15,3)
	[30-40[	44 (33,6)
	[40-50[	44 (33,6)
	[50-60[	10 (7,6)
	[60 ans ou plus [	2 (1,5)
Nationalité	Française	121(92,4)
	Autre	10 (7,6)
Statut conjugal	Marié	2 (1,5)
	Pacsé	3 (2,3)
	Célibataire, en union libre, en concubinage	113 (86,3)
	Divorcé, en instance de divorce ou séparé	12 (9,2)
	Veuf	1 (0,8)
Nombre d'enfants	Pas d'enfant	20 (15,3)
	1 enfant	37 (28,2)
	2 enfants	28 (21,4)
	3 enfants	18 (13,7)
	4 enfants ou plus	27 (20,6)
	Non réponse	1 (0,8)
Diplôme	Aucun diplôme	29 (22,1)
	Diplôme inférieur au baccalauréat	77 (58,8)
	Diplôme égal et/ou supérieur au baccalauréat	24 (18,3)
	Non-réponse	1 (0,8)

Tableau 13 : Caractéristiques de l'échantillon relatives au parcours de vie

Les informations relatives au logement et à la situation professionnelle à l'entrée et à la sortie de détention sont décrites dans le *Tableau 14*. Au moment de l'incarcération, 37,4 % des personnes incluses vivent seules. Plus que la moitié habitent dans un logement personnel (59,5 %), 11,5 % sont sans domicile fixe et 3,1 % sont hébergées en institution.

Un pourcentage important des participantes sont éloignées de l'emploi au moment de l'incarcération : 32,8 % sont au chômage, dont 83,7 % depuis plus d'un an, et 21,4 % n'ont jamais occupé d'emploi. Celles qui ont travaillé ont occupé un poste à durée déterminée (32,8 %), un emploi à durée indéterminée ou de titulaire de la fonction publique (19,8 %), ou en intérim (15,3 %). Une proportion importante des répondantes sont bénéficiaires du revenu de solidarité active (48,1 %) et de l'allocation adulte handicapés (16,8 %). Rencontrées dans le mois précédant leur sortie, 42,7 % des participantes indiquent qu'elles vivront dans un logement personnel à la sortie, quand 37,4 % déclarent qu'elles habiteront chez un tiers (famille, proches) et 6,9 % en institution.

Enfin 9,9 % ignorent où loger. Près d'un tiers (32,8 %) des participantes anticipent un statut de chômeur à la sortie ou ne savent pas quel sera leur avenir professionnel.

	Modalités	n (%) à l'entrée	n (%) à la sortie
Logement	Dans un logement personnel	78 (59,5)	56 (42,7)
	Hébergement chez un tiers (famille, proches)	34 (26,0)	49 (37,4)
	Hébergement en institution	4 (3,1)	9 (6,9)
	Sans domicile fixe	15 (11,5)	4 (3,1)
	Non-réponse	0 (0,0)	4 (3,1)
	Je ne sais pas	-	9 (6,9)
Situation professionnelle	Sans activité professionnelle	56 (42,7)	58 (44,3)
	En activité professionnelle	32 (24,4)	40 (30,5)
	Autre (congé longue durée, personne handicapée, ...)	43 (32,8)	2 (1,5)
	Je ne sais pas	-	31 (23,7)

Tableau 14 : Logement et situation professionnelle à l'entrée et à la sortie de détention

Environ un tiers des répondantes (37,4 %) a connu une assistance éducative ou un placement au cours de l'enfance et près d'un cinquième (19,8 %) a été soumis à une mesure pénale avant la majorité (voir *Tableau 15*).

	Modalités	n (%)
Mesure pénale pendant la minorité	Oui	26 (19,8)
	Non	105(80,2)
Assistance éducative (question à choix multiple)	Non	82 (62,6)
	Oui, assistance éducative au domicile de votre famille	16 (12,2)
	Oui, placement chez un membre de votre famille	2 (1,5)
	Oui, placement en famille d'accueil	19 (14,5)
	Oui, placement en foyer	35 (26,7)
	Oui, placement en institut-médico-éducatif (IME)	4 (3,1)
	Oui, autre	3 (2,3)
	Non-réponse	2 (1,5)

Tableau 15 : Mesures pénales et mesures d'assistance éducative

Parcours pénal et carcéral

Près de la moitié des participantes (64 soit 48,9 %) a des antécédents d'incarcération : parmi elles, 45 (70,3 %) ont déjà été incarcérées de 1 à 3 fois, et 19 (29,7 %) ont déjà été incarcérées plus de 4 fois. Les motifs de peine principale déclarés le plus fréquemment sont les violences envers les personnes, les vols et autres atteintes aux biens, les infractions à la législation sur les stupéfiants et les infractions routières. La durée médiane de la peine actuelle est de 6 mois. Au moment de l'entretien, 54,2 % des répondantes sont seules en cellule et 13,7 % ont fait l'expérience d'un placement au quartier disciplinaire (*Tableau 16*).

	Modalités	n (%)
Incarcération primaire	Oui	67 (51,1)
	Non	64 (48,9)
Seul dans la cellule	Oui, je suis seule en cellule	71 (54,2)
	Non	59 (45,0)
	Non-réponse	1 (0,8)
Placement au quartier disciplinaire	Oui	18 (13,7)
	Non	112 (85,5)
	Non-réponse	1 (0,8)
Placement au quartier d'isolement	Oui	11 (8,4)
	Non	118 (90,1)
	Non-réponse	2 (1,5)
Dormir sur un matelas au sol	Non	129 (98,5)
	Oui, pendant moins d'une semaine	1 (0,8)
	Non-réponse	1 (0,8)

Tableau 16 : Antécédents d'incarcération et conditions de détention

Parmi les répondantes, 46,6 % déclarent n'avoir jamais fait de sport depuis le début de l'incarcération, 46,6 % n'ont pas eu accès aux parloirs, 39,7 % n'ont jamais travaillé, 56,5 % n'ont pas eu accès à la scolarité, 48,9 % n'ont participé à aucune activité socio-culturelle et 65,6 % n'ont jamais accédé à une formation professionnelle. Ces résultats sont à mettre en relation avec le niveau de satisfaction déclaré par les répondantes quant à leur accès à ces activités : majoritairement (51,9 %) satisfaites de l'accès au travail, les femmes détenues se disent plus souvent insatisfaites de l'accès à la formation professionnelle (61,1 %) et au sport (44,3 %). Nombre d'entre elles (54,2 %) ont bénéficié au moins une fois de l'aide aux indigents (Tableau 17).

	Modalités	n (%)
Accès aux parloirs	Oui	61 (46,6)
	Non	69 (52,7)
	Non-réponse	1 (0,8)
Bénéficiaire de l'aide aux indigents	Oui	71 (54,2)
	Non	59 (45,0)
	Non-réponse	1 (0,8)
Accès au sport	Jamais	61 (46,6)
	Rarement/parfois	19 (14,5)
	Souvent/très souvent	34 (26,0)
	Non-réponse	17 (13,0)
Accès au travail	Jamais	52 (39,7)
	Rarement/parfois	25 (19,1)
	Souvent/très souvent	52 (39,7)
	Non-réponse	2 (1,5)
Accès à une formation professionnelle	Jamais	86 (65,6)
	Rarement/parfois	9 (6,9)
	Souvent/très souvent	15 (11,5)
	Non-réponse	21 (16,0)
Accès à la scolarité	Jamais	74 (56,5)
	Rarement/parfois	13 (9,9)
	Souvent/très souvent	27 (20,6)
	Non-réponse	17 (13,0)
Accès à une activité socio-culturelle	Jamais	64 (48,9)
	Rarement/parfois	29 (22,1)
	Souvent/très souvent	27 (20,6)
	Non-réponse	11 (8,4)

Tableau 17 : Accès aux aides, parloirs, activités et formations en détention

Par ailleurs, des violences physiques et psychiques sont rapportées par 10,7 % et 25,2 % des participantes, respectivement. Quatre personnes (0,7 %) déclarent des violences sexuelles (Tableau 18).

	Modalités	n (%)
Violences physiques	Oui	14 (10,7)
	Non	116 (88,5)
	Non-réponse	1 (0,8)
Violences psychiques	Oui	33 (25,2)
	Non	97 (74,0)
	Non-réponse	1 (0,8)
Violences sexuelles	Oui	1 (0,8)
	Non	129 (98,5)
	Non-réponse	1 (0,8)

Tableau 18 : Exposition aux violences en détention

Au moment de la libération, sur les 131 participantes, une seule personne indique bénéficier d'un aménagement de peine (libération conditionnelle).

En ce qui concerne l'appréciation subjective du caractère « juste » de la peine (illustrée Figure 11), notée de 0 (« très injuste ») à 10 (« très juste »), plus d'un tiers des participantes (35,9%) donnent une note inférieure à 5.

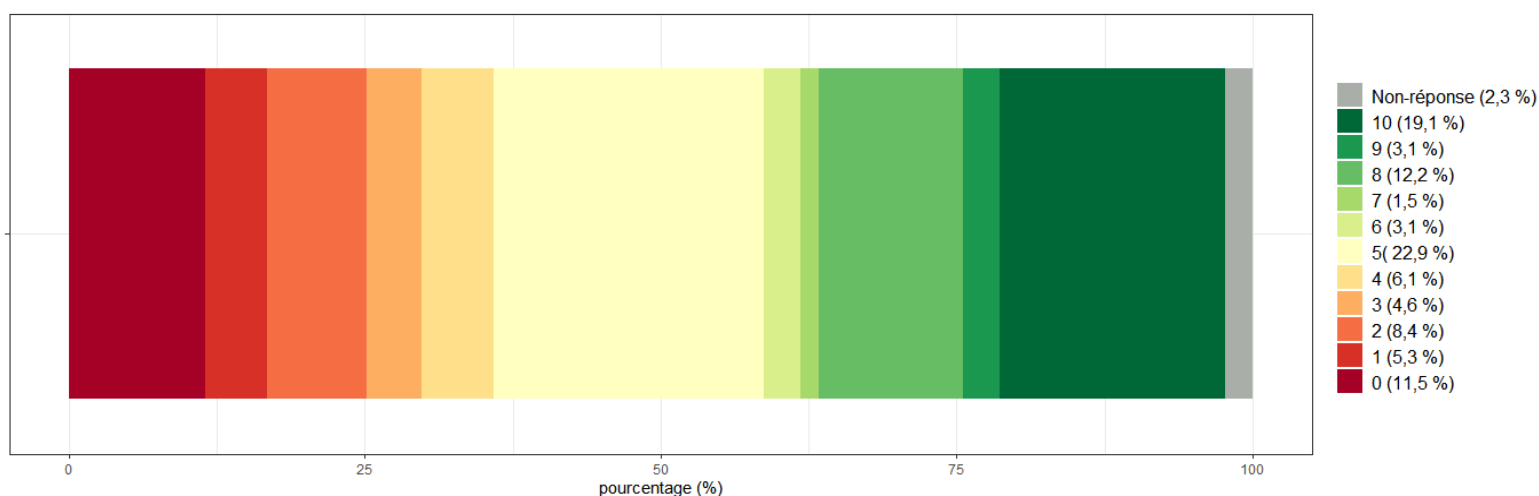


Figure 11 : Évaluation subjective du caractère « juste » de la peine à l'aide d'une échelle allant de 0 (« très injuste ») à 10 (« très juste »)

Parcours de soin

Concernant l'état de santé général des répondants, 38,9 % des personnes détenues déclarent présenter une maladie ou un problème de santé chronique ou durable. La majorité d'entre elles sont fumeuses (88,5 %) au moment de la passation des questionnaires et l'âge médian de l'initiation à la consommation de tabac chez celles qui ont fumé au cours de leur vie est de 16 ans.

Avant l'incarcération, 78 participantes (59,5 %) ont déjà bénéficié d'un suivi par un psychiatre, un psychologue ou addictologue, dont 39 (29,8 %) dans le mois précédent l'incarcération. Près d'un tiers des répondantes (29,8 %) ont déjà été hospitalisées en psychiatrie, une proportion similaire a déjà été hospitalisée en addictologie ou a suivi une cure ou postcure, et 32,1 % ont bénéficié d'un traitement de substitution aux opiacés (TAO) (*Tableau 19*). Par ailleurs, 16,8 % de l'échantillon ne déclarent pas de médecin traitant.

	Modalités	n (%)
Suivi par un psychiatre/ psychologue/addictologue	Oui	78 (59,5)
	Non	52 (39,7)
	Non-réponse	1 (0,8)
Si oui, suivi dans le mois précédant l'incarcération	Oui	39 (29,8)
	Non	39 (29,8)
Hospitalisation en psychiatrie	Oui	39 (29,8)
	Non	91 (69,5)
	Non-réponse	1 (0,8)
Hospitalisation en addictologie	Oui	39 (29,8)
	Non	91 (69,5)
	Non-réponse	1 (0,8)
Traitement par agoniste opioïde (TAO)	Oui	42 (32,1)
	Non	88 (67,2)
	Non-réponse	1 (0,8)

Tableau 19 : Antécédents psychiatriques et addictologiques avant l'incarcération

Pendant leur incarcération, la majorité des participantes a bénéficié d'au moins une consultation par un médecin généraliste (95,4 %), un dentiste (49,6 %) et par un professionnel de santé mentale – psychiatre, psychologue ou infirmier en psychiatrie (96,2 %). Plus d'un tiers des personnes détenues (37,4 %) ont été suivies dans un centre spécialisé alcool / toxicomanie (CSAPA, CAARUD, etc.). Enfin, 7,6 % des participantes ont été hospitalisées en psychiatrie durant leur détention en psychiatrie (SMPR, UHSA soins libres ou SDRE, hôpital de secteur). En ce qui concerne les traitements prescrits, 38,2 % indiquent avoir reçu un TAO et 80,9 % un traitement psychotrope (autre que TAO) (*Tableau 20*).

Ces résultats sont à comparer aux niveaux de satisfaction déclarés par les répondantes pour l'accès aux centres spécialisés alcool/toxicomanie (30,5 % se disent satisfaites), aux soins dentaires (49,6 %), aux psychologues (67,2 %), aux psychiatres (65,6 %) et aux médecins généralistes (79,4 %).

Notons que 22,9 % des participantes déclarent s'orienter vers d'autres personnes que les professionnels de santé mentale pour des « problèmes ou difficultés de santé mentale » (en majorité famille, ami, codétenue ou surveillant(e)).

	Modalités	n (%)
Consultation par un professionnel de santé mentale	Oui	126 (96,2)
	Non	5 (3,8)
Hospitalisation en psychiatrie (UHSA, SMPR ou secteur général)	Oui	50 (38,2)
	Non	80 (61,1)
	Non-réponse	1 (0,8)
Traitement par agoniste opioïde (TAO)	Oui	106 (80,9)
	Non	24 (18,3)
	Non-réponse	1 (0,8)
Autres médicaments pour les nerfs	Oui	10 (7,6)
	Non	120 (91,6)
	Non-réponse	1 (0,8)

Tableau 20 : Soins de santé mentale pendant l'incarcération

En ce qui concerne l'appréciation subjective de l'effet de l'incarcération sur la santé mentale (illustrée Figure 12), notée de 0 (« très négatif ») à 10 (« très positif »), un peu plus d'un quart des participantes (28,2%) donnent une note inférieure à 5 et près de la moitié (49,6 %) une note supérieure à 5.

À un mois de leur libération, 33,6 % des répondantes déclarent avoir un rendez-vous avec un professionnel de santé mentale à la sortie, 27,5 % indiquent un suivi avec un addictologue.

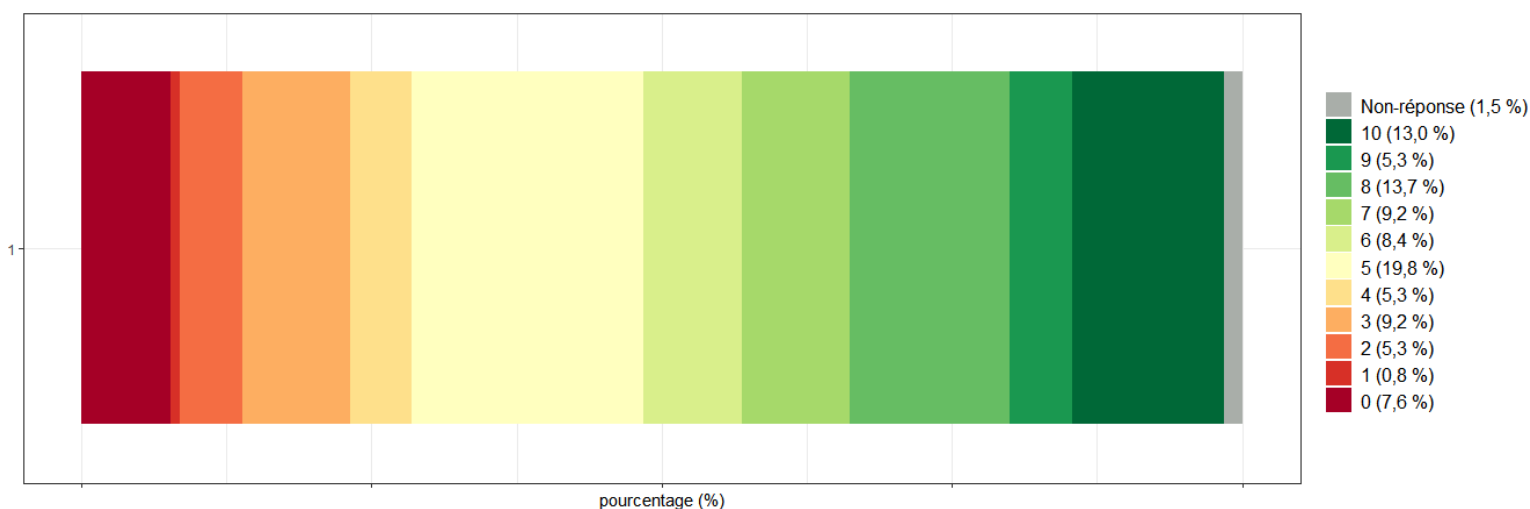


Figure 12 : Évaluation subjective de l'effet de l'incarcération sur la santé mentale, à l'aide d'une échelle allant de 0 (« très négatif ») à 10 (« très positif »)

Prévalence et sévérité des troubles psychiatriques et addictologiques

À la sortie de prison, 75,6 % [67,1-82,5] des participantes présentent au moins un trouble psychiatrique ou lié à une substance. Plus de la moitié de l'échantillon est concernée par les troubles liés à une substance (59,5 % [50,6-68,0]), par les troubles anxieux (57,3 % [48,3-65,8]) et par les troubles thymiques (53,4 % [44,5-62,1]) et 16,8 % [12,6-27,7] présentent un syndrome psychotique. Les prévalences détaillées par type de trouble sont indiquées dans la *Figure 13*.

Par ailleurs, un trouble de personnalité antisociale est retrouvé chez 10,7 % [6,2-17,6] des participantes, une insomnie chez 45,0 % [36,4-54,0] d'entre elles.

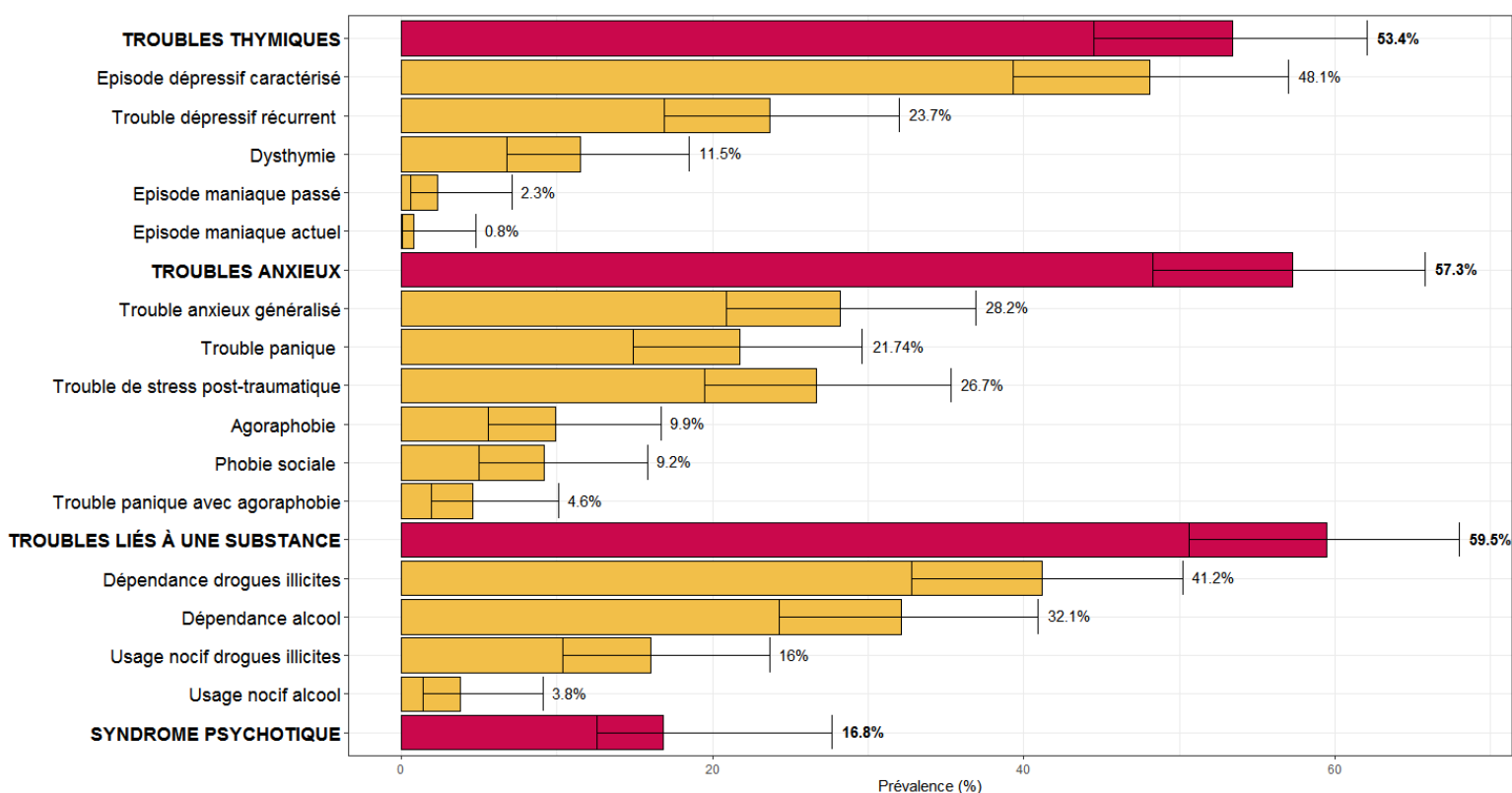


Figure 13 : Prévalence des troubles de santé mentale à la libération selon le MINI

Prévalence des idées et des conduites suicidaires

Les résultats du MINI montrent qu'un risque suicidaire est présent chez 59,5 % [50,6-67,9] des femmes à la sortie de prison, avec un risque élevé, modéré et léger pour respectivement 19,1 % [13,0-27,1], 4,5 % [1,9-10,1] et 35,9 % [27,8-44,8] de l'échantillon.

Par ailleurs, 35,1 % des femmes interrogées déclarent avoir eu des idées suicidaires au cours de l'incarcération alors que 11,5 % indiquent avoir fait une tentative de suicide. 6,1 % ont été hospitalisées suite à une tentative de suicide.

Les résultats sont représentés en *Figure 14*.

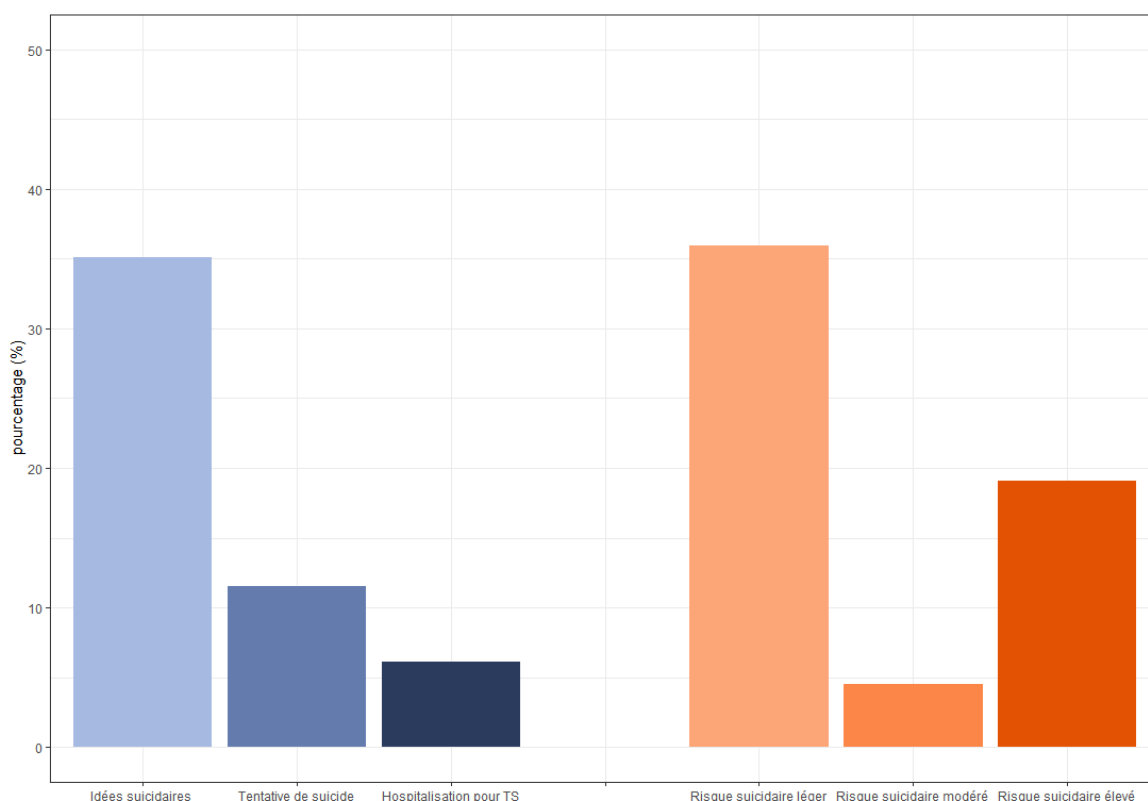


Figure 14 : Idées suicidaires, tentatives de suicide et risque suicidaire

Au total, selon les résultats de la CGI, 18,3 % [12,3-26,2] des participantes sont considérées comme ne présentant aucune maladie psychiatrique, 10,7 % [6,2-17,6] sont considérées à la limite, 10,7 % [6,2-17,6] sont considérées légèrement malades, 26,0 % [18,9-34,5] modérément, 25,2 % [18,2-33,7] manifestement et 7,6 % [3,9-13,9] gravement malades. Enfin, seule une participante (0,8 %) fait partie des patientes considérées comme les plus malades. Les résultats sont représentés dans la *Figure 15*.

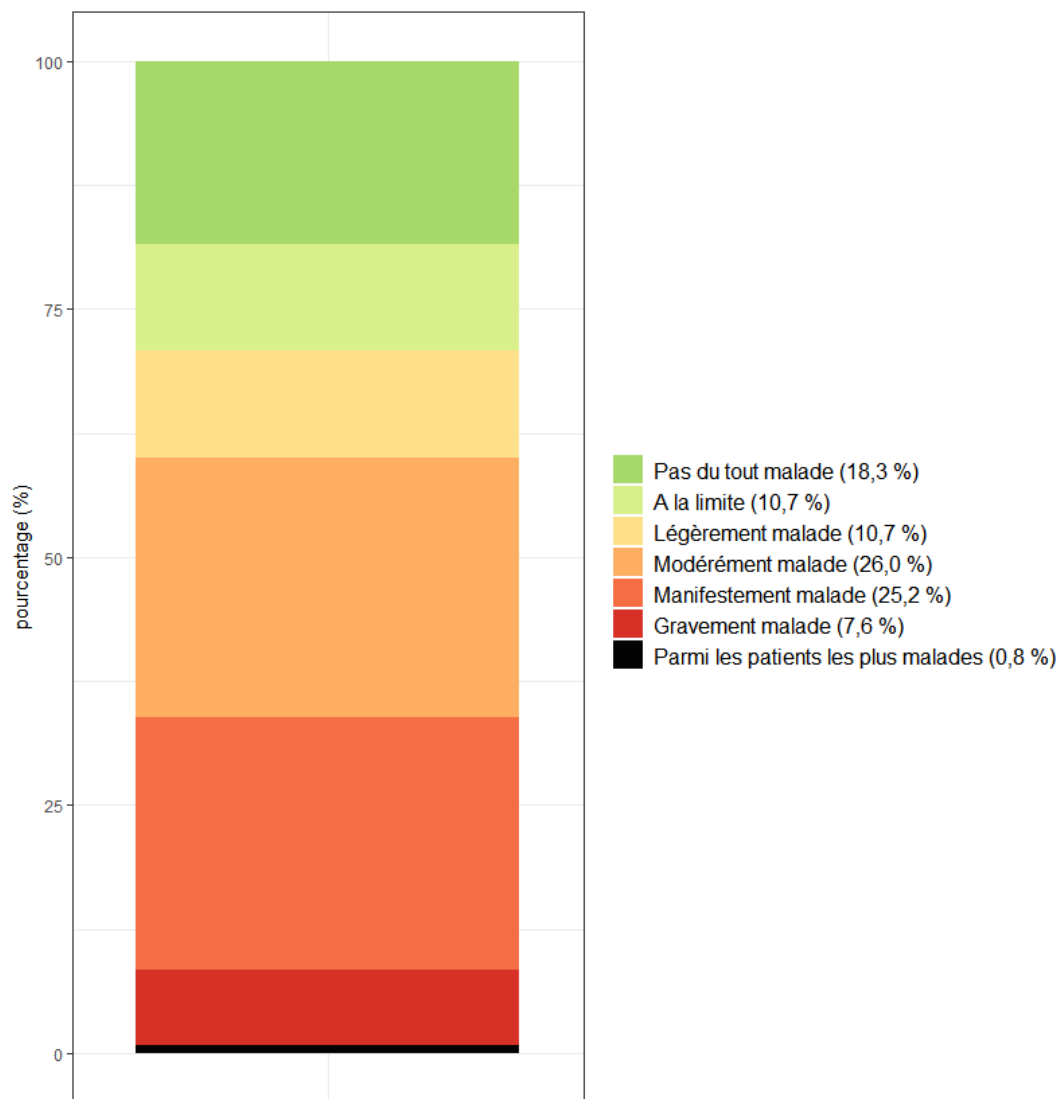


Figure 15 : Sévérité clinique des troubles de santé mentale à la libération selon la CGI

Prévalence des traumatismes dans l'enfance

D'après les réponses obtenues au CTQ, 113 des 131 participantes (soit 86,3 % [78,9-91,4]) ont déjà été exposées à au moins un traumatisme (abus ou négligence) dans l'enfance et 67 (soit 51,1 % [42,3-59,9]) à au moins un traumatisme sévère.

Les traumatismes les plus fréquents sont la négligence émotionnelle et la négligence physique qui concernent respectivement 71,0 % [62,3-78,4] et 54,2 % [45,3-62,8] des participantes. Les abus émotionnels, physiques et sexuels concernent 62,6 % [53,7-70,8], 46,6 % [37,9-55,5] et 36,7 % [28,5-45,5] de l'échantillon, respectivement.

Les prévalences des traumatismes subis dans l'enfance sont décrites dans la *Figure 16*.

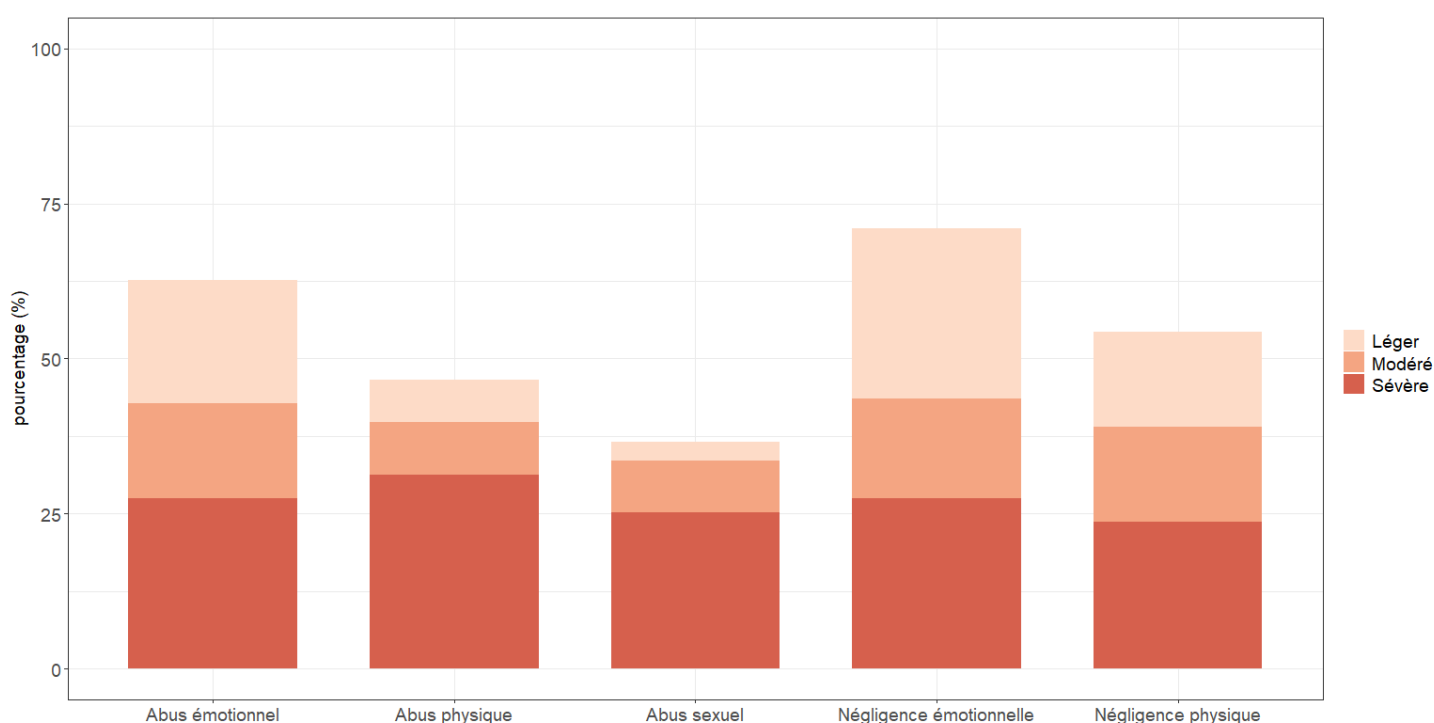


Figure 16 : Prévalence de l'exposition à des traumatismes dans l'enfance chez les femmes détenues selon le CTQ

Représentativité de l'échantillon

Comparées aux données nationales transmises par la DAP, la moyenne d'âge de l'échantillon ne diffère pas significativement ($p = 0,375$). En revanche, la répartition des durées de peine n'est pas la même ($p < 0,001$) et nous constatons une surreprésentation des peines inférieures à 2 ans et une sous-représentation des peines supérieures à 2 ans dans notre échantillon. Des différences sont également retrouvées concernant le motif principal d'incarcération ($p < 0,001$) avec une surreprésentation des violences contre les personnes et des infractions routières et une sous-représentation des vols et atteintes aux biens, des viols et agressions sexuelles et des homicides. En ce qui concerne les données relatives à la nationalité, les personnes de nationalité étrangère sont légèrement sous-représentées ($p = 0,046$) (Tableau 21).

Le design de l'étude, avec l'inclusion successive des femmes sortantes, explique la surreprésentation des femmes incarcérées pour des peines courtes et la moindre représentation des femmes incarcérées pour des longues peines (et pour les motifs d'incarcérations associés – notamment homicide, viol et agression sexuelle). Notons que 5 inclusions ont été impossibles en raison de la non-maîtrise du français, ce qui a pu réduire la participation de personnes de nationalité étrangère non-francophones.

Variable	Modalités	Échantillon SPCS, n (%)	Population de référence*, n (%)
Age	[18-21[	3 (2,3)	7 (4,3)
	[21-25[	8 (6,1)	12 (7,4)
	[25-30[	20 (15,3)	27 (16,7)
	[30-40[	44 (33,6)	48 (29,6)
	[40-50[	44 (33,6)	45 (27,8)
	[50-60[	10 (7,6)	18 (11,1)
	[60 ans ou plus [	2 (1,5)	5 (3,1)
Nationalité	Française	121(92,4)	140 (86,4)
	Étrangère	10 (7,6)	22 (13,6)
Durée de peine	Inférieur ou égal à 6 mois	70 (53,4)	40 (24,7)
	Entre 6 mois et 1 an	33 (25,2)	20 (12,3)
	Entre 1 an et 2 ans	21 (16,0)	24 (14,8)
	Entre 2 et 5 ans	6 (4,6)	31 (19,1)
	Supérieur à 5 ans	0 (0,0)	47 (29,0)
	Non-renseignée	1 (0,8)	0 (0,0)
Motif principal d'infraction	Vol et atteinte aux biens	22 (16,8)	33 (20,3)
	Infraction à la loi sur les stupéfiants	18 (13,7)	21 (13,0)
	Violence contre les personnes	45 (34,4)	34 (21,0)
	Viol, agression sexuelle	1 (0,8)	5 (3,1)
	Infraction routière	9 (6,9)	8 (4,9)
	Homicide	0 (0,0)	36 (22,2)
	Autres	35 (26,7)	21 (13,0)
	Non-renseignée	1 (0,8)	4 (2,5)

Tableau 21 : Représentativité de l'échantillon pour l'âge, la nationalité, la durée de peine et le motif principal d'incarcération

***Champ** : femmes condamnées et condamnées prévenues détenues majeures dans un établissement des Hauts-de-France au 1er septembre 2022. **Source** : Ministère de la justice-DAP-SDEX-EX3-Infocentre pénitentiaire

Résultats principaux

Ces résultats montrent que **trois-quarts des femmes sortantes de prison présentent un trouble psychiatrique ou lié à une substance**. Plus de la moitié de l'échantillon est concernée par les troubles de l'usage de substances, les mêmes proportions sont retrouvées pour les troubles thymiques, ainsi que pour les troubles anxieux, et environ un sixième présente un syndrome psychotique. Par ailleurs, près d'une sortante sur deux rapporte des insomnies, un quart présente un risque suicidaire modéré ou élevé à la sortie de détention et une répondante sur 10 présente un trouble de personnalité antisociale.

En l'absence de données françaises de référence sur la santé mentale de la population carcérale féminine, il n'est pas possible de comparer ces résultats. Néanmoins, la surreprésentation des troubles psychiatriques et liés à une substance chez les femmes incarcérées par rapport aux hommes est tout à fait cohérente avec la littérature internationale sur le sujet (33).

Limites

Plusieurs limites, similaires à celles présentées pour le volet mené chez les hommes, doivent être signalées : (i) les non-inclusions sont susceptibles de biaiser l'estimation de la prévalence des troubles à la sortie de prison, ainsi que la sévérité de ces troubles, (ii) cette étude est réalisée en langue française, ce qui exclut les personnes non-francophones tirées au sort, et (iii) les données recueillies sont enfin exclusivement déclaratives et potentiellement impactées par un biais de mémorisation.

Enfin, les comparaisons directes des résultats du volet « Population carcérale sortante féminine » avec ceux du volet « Population carcérale sortante masculine » est limitée pour trois raisons : (i) l'étude menée chez les femmes est limitée à la région Hauts-de-France, (ii) elle inclut les maisons d'arrêts mais également les établissements pour peine alors que celle menée chez les hommes est limitée aux MA, (iii) elle est représentative de la population sortante (recrutement consécutif des sortantes) alors que celle menée chez les hommes est représentative de la population carcérale à un moment donné (tirage au sort parmi les détenus), au moment de la sortie.



**VOLET
OUTRE-MER**

[Volet réalisé par Élodie Floury, sous la supervision de Camille Lancelevée et de Thomas Fovet. Les éléments présentés ici constituent une synthèse du rapport complet publié en juin 2022 et téléchargeable sur le [site de la F2RSM Psy](#)]

INTRODUCTION

Les études nationales s'intéressant à la santé mentale de la population carcérale laissent généralement de côté les départements d'Outre-Mer. Seuls quelques travaux sont donc disponibles sur le sujet : une étude porte sur la population carcérale de la prison de Ducos en Martinique, et trois sur l'établissement pénitentiaire de Remire-Montjoly en Guyane (voir le *Tableau 23* pour une synthèse). Peu d'informations sont également disponibles sur l'offre de soins en santé mentale à destination des personnes détenues dans ces territoires.

Pourtant, en juillet 2014, un rapport parlementaire alertait sur la situation de la prison Outre-Mer¹. Des conditions de détention dégradées, dans des contextes locaux marqués par la pauvreté et l'importance du chômage, sont notamment citées. Le rapport évoque également une « défaillance des structures sanitaires, particulièrement en santé mentale », le fait que « médicalement, les populations pénales sont plus encore à risque Outre-Mer qu'en métropole », et qu'elles présentent une « grande précarité sanitaire ou psychologique ».

Début 2021, le personnel du centre pénitentiaire de Majicavo, à Mayotte, a par ailleurs rédigé des lettres ouvertes afin de dénoncer les conditions de travail au sein de cette structure : établissement surpeuplé, climat de forte insécurité, difficultés à gérer les personnes souffrant de troubles psychiatriques, etc².

Dans ce contexte, l'objectif du volet « Outre-Mer » de l'étude SPCS est d'évaluer la faisabilité d'une enquête sur la santé mentale des personnes incarcérées dans les DROM au moyen d'une enquête auprès des professionnels exerçant au sein des unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP) des établissements pénitentiaires de ces territoires.

¹ Observatoire international des prisons, « Prisons d'Outre-Mer : nouveau rapport parlementaire, nouvelle alerte », 7 octobre 2014. <https://oip.org/analyse/prisons-dOutre-Mer-nouveau-rapport-parlementaire-nouvelle-alerte/> [consulté le : 02/08/21]

² Raïnat Aliloiffa (Mayotte Hebdo), « Le centre pénitentiaire de Majicavo au bord du gouffre », 28 avril 2021. [Le centre pénitentiaire de Majicavo au bord du gouffre](#) - Mayotte Hebdo [consulté le : 02/08/21]

Titre	Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral (34)	Post-Traumatic Stress Disorder among Incomers in Remire-Montjoly Prison, French Guiana (35)	Suicide risk among prisoners in French Guiana: prevalence and predictive factors	Mental health of jail inmates within the prison of Ducos, Martinique - a cross-sectional descriptive study (37)	High prevalence rates for multiple psychiatric conditions among inmates at French Guiana's correctional facility: diagnostic and demographic factors associated with violent offending and previous incarceration (38)
Auteurs	Duburcq A., Coulomb S., Bonte J., Marchand C, Fagnani F., Falissard B.	Arnal R., Ayhan G., Pinganaud E., Basurko C, Jehel L	Ayhan G., Arnal R., Basurko C., About V., Pastre A., Pinganaud E., Sins D., Jehel L., Falissard B., Nacher M.	Arnal R., Spodenkiewicz M., Lacoste F., Jehel L., Falissard B.	Nacher M., Ayhan G., Arnal R., Basurko C., Huber F., Pastre A., Jehel L., Falissard B., About V.
Date	2004	2016	2017	2018	2018
Méthodologie	Enquête de prévalence nationale avec un volet Martinique, étude transversale	Enquête de prévalence auprès des personnes arrivées en détention entre le 18 janvier 2013 et le 31 décembre 2013	Enquête de prévalence auprès des personnes arrivées en détention entre septembre 2013 et décembre 2014	Enquête de prévalence conduite en 2003	Étude transversale conduite entre le 18 septembre 2013 et le 31 décembre 2014
Taille de l'échantillon	Pour la Martinique : 100 hommes incarcérés (taux de participation de 54 %)	549 hommes et femmes	707 hommes et femmes		647 hommes et 60 femmes
Principaux résultats	« Globalement (sans aucun ajustement sur les profils de détenus), les prévalences brutes observées dans les DOM semblent inférieures à celles observées en métropole, pour tous les troubles hormis l'abus/dépendance aux substances illicites où elle est nettement supérieure. »	Prévalence du trouble de stress post-traumatique (TSPT) estimée à 17 % chez les personnes arrivant en prison, avec une prévalence supérieure chez les femmes. Présence plus importante de troubles psychiatriques (et notamment troubles de l'humeur, troubles anxieux, risque de suicide), chez les personnes présentant un TSPT. Prévalence du TSPT estimée 24 fois supérieure à celle en population générale et nécessitant la mise en place d'outils de diagnostic précoce du TSPT.	13,2 % des personnes incluses présentent un risque suicidaire, dont 14 % un risque élevé et 15,1 % un risque modéré, sans différence entre les nationalités présentes dans la prison de Remire-Montjoly. Le risque est moins élevé qu'en France métropolitaine. Plusieurs facteurs prédictifs sont identifiés : dépression, dysthymie, trouble panique, trouble d'anxiété généralisée, la présence d'abus sexuels pendant l'enfance, le fait d'être incarcéré pour une agression sexuelle, l'addiction au tabac.	Analyse secondaire des données de l'étude de Duburcq, A., Falissard B., et al., 2004 (voir ci-dessus). Les résultats confirment la prévalence moindre des troubles de dépression caractérisée et des troubles schizophréniques et signalent l'importance de l'addiction au cannabis.	72 % des personnes présentent un trouble psychiatrique. 20 % des personnes présentent trois troubles psychiatriques ou plus. Les infractions violentes ne sont pas plus importantes chez les personnes présentant un trouble psychiatrique, en revanche le fait d'avoir des antécédents d'incarcération est significativement associé à la présence d'un trouble psychiatrique. La présence d'un trouble psychotique, d'un risque de suicide et d'un TSPT sont associés au fait d'être incarcéré pour des infractions violentes.

Tableau 22 : Synthèse des études portant sur la santé mentale en prison dans les DROM

MÉTHODOLOGIE

Une enquête par questionnaire a été conduite auprès des professionnels exerçant au sein des USMP des établissements pénitentiaires des DROM entre juillet 2021 et septembre 2021 au moyen de l'interface sécurisée Lime Survey. Cette enquête a été complétée par des entretiens semi-directifs par téléphone en septembre et octobre 2021. Ont été interrogés les psychologues et psychiatres, mais aussi tous les professionnels dont l'activité est consacrée à la santé mentale des personnes détenues : cadres de santé, infirmiers, secrétaires médicales, etc.

Le questionnaire utilisé abordait plusieurs thématiques :

- **Caractéristiques personnelles** : informations sur le professionnel interrogé (lieu de naissance, ancienneté dans l'unité sanitaire, autres territoires d'exercice, etc.). Ces éléments ne figurent pas dans les résultats de l'étude, afin de préserver l'anonymat des personnes ayant participé à l'enquête.

- **Caractéristiques de l'unité sanitaire** : nombre de postes pourvus ou non au sein de l'unité sanitaire (par profession).

- **Troubles psychiatriques** : problématiques de santé mentale les plus courantes et importance de la problématique du suicide au sein de l'établissement.

- **Violences** : fréquence des violences entre différents acteurs (personnes détenues envers d'autres détenus, surveillants ou personnels soignants, mais aussi de surveillants auprès de personnes détenues) au sein des établissements pénitentiaires et nature des actes hétéro-agressifs rencontrés (bagarres physiques, insultes, etc.).

- **Dispositif de soins en santé mentale** : activités de soin en santé mentale au sein de l'unité sanitaire, et difficultés rencontrées pour la prise en charge des personnes détenues.

- **Addictologie** : problématiques liées aux addictions chez les personnes détenues rencontrées par les professionnels, et à leur prise en charge.

- **Articulation avec le dispositif de santé mentale** : relations entre l'unité sanitaire et d'autres établissements et services (SMPR, hôpitaux psychiatriques publics, UHSA, UMD) pour la prise en charge en santé mentale des personnes détenues.

- **La sortie de prison et la continuité des soins** : difficultés relatives à la période de libération.

- **Enjeux spécifiques aux départements d'Outre-Mer** : problématiques spécifiques aux DROM.

- **COVID-19** : impact de la pandémie de COVID-19 sur le travail des professionnels de psychiatrie travaillant auprès de personnes détenues.

Une analyse thématique a été réalisée à partir des données recueillies. Dans le rapport complet, disponible sur [le site de la F2RSM Psy](#), les résultats de ces entretiens sont mis en regard avec les conclusions des rapports de visite du contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) dans les établissements des DROM.

Données recueillies

Au total, 20 professionnels ont répondu à l'enquête (voir *Tableau 23* pour le détail).

	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte	TOTAL
Questionnaires en ligne complets	1	3	1	5	1	11
Questionnaires en ligne partiels	3	0	3	2	0	8
Appels téléphoniques	2	1	0	0	1	4
TOTAL de réponses	6	4	4	7	2	23
Personnes contactées par mail n'ayant pas répondu	4	1	2	0	4 ‡	12

Tableau 23 : Nombre de réponses obtenues par département

‡ Plusieurs professionnels de Mayotte contactés n'exerçaient en réalité plus à Mayotte au moment de la diffusion du questionnaire, des réponses automatiques confirmant cela ayant été reçues lors des tentatives de contact par mail.

Les rapports de visite du contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) dans les établissements des DROM identifiés par la recherche sont présentés en *Figure 17*.

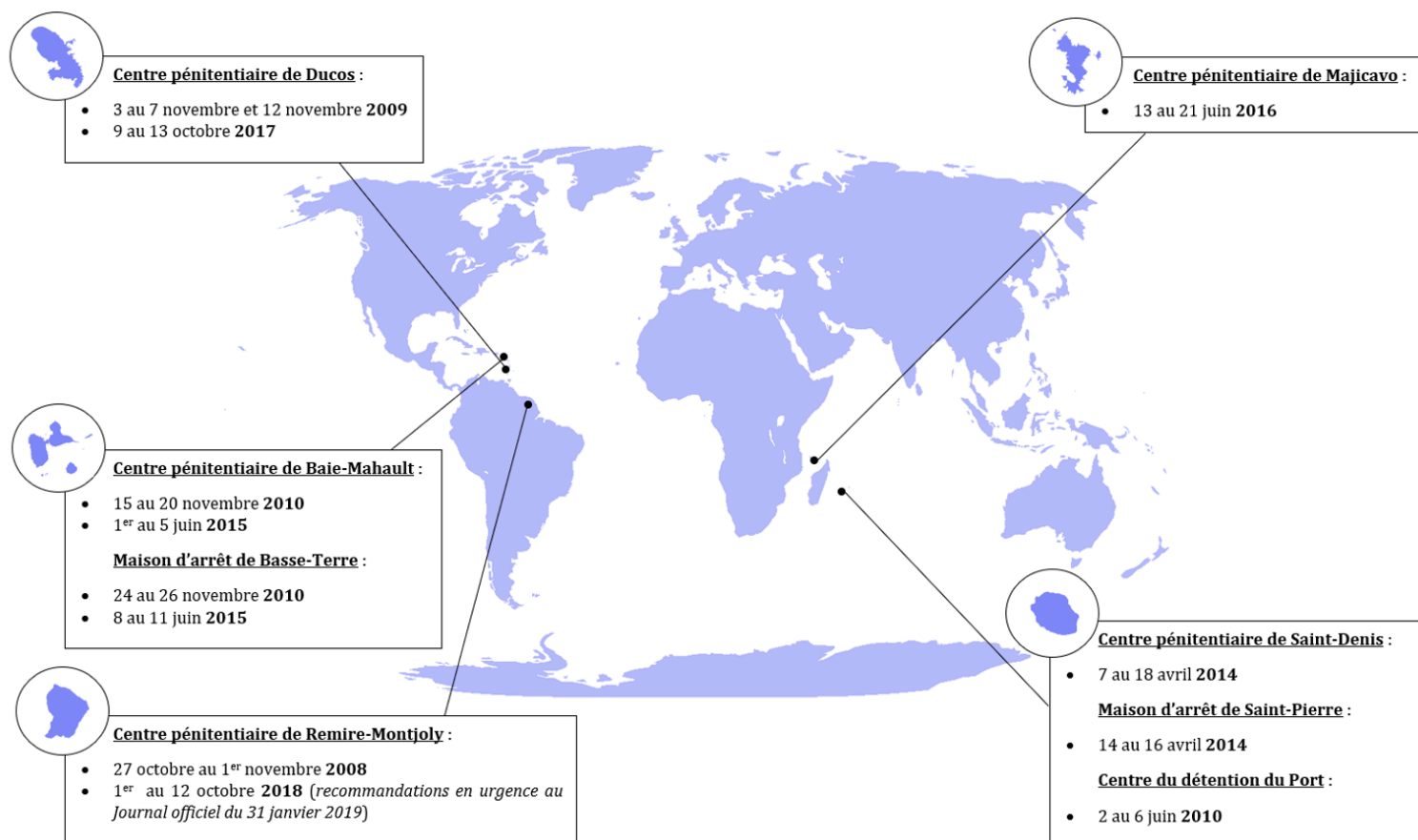


Figure 17 : Rapports du CGLPL établis dans les établissements pénitentiaires des DROM

Analyse thématique

Problématiques de santé mentale en prison et expérience carcérale

Les résultats sont présentés dans les Tableaux 24 à 27.

	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte
Troubles psychiatriques	<ul style="list-style-type: none"> - Troubles psychotiques (schizophrénie) - Troubles de la personnalité, du comportement et des conduites - Dépression, phase maniaque - Crise suicidaire - Déni de trouble et refus de soins fréquents 	<ul style="list-style-type: none"> - Angoisses - Syndrome dépressif - Troubles du sommeil - Choc carcéral 	<ul style="list-style-type: none"> - Troubles du comportement liés aux consommations de substances psychoactives et aux conditions de vie 	<ul style="list-style-type: none"> - Troubles anxieux et syndromes dépressifs, voire suicidaires - Déficiences intellectuelles - Troubles de la personnalité en lien avec un vécu de carence infantiles et affectives (abus sexuels, maltraitements, abandons, etc.) - Troubles du comportement liés aux consommations de substances psychoactives - Troubles de type démence (hausse en lien avec une population carcérale vieillissante) - Troubles psychotiques - Troubles bipolaires - Troubles du sommeil et de l'humeur - Trouble de stress post-traumatique 	<ul style="list-style-type: none"> - Troubles psychotiques
Addictions	<ul style="list-style-type: none"> - Cannabis - Alcool - Cocaïne - Crack - Décompensations psychiatriques liées à la consommation de produits illicites (gagnent en importance) 	<ul style="list-style-type: none"> - Cannabis principalement * - Alcool * - Crack - Détournement de certains médicaments par inhalation nasale - Beaucoup de décompensations psychiatriques liées à la consommation de produits illicites - Absence d'héroïne * Consommations beaucoup plus répandues et banalisées qu'en métropole 	<ul style="list-style-type: none"> Addictions les plus courantes : <ul style="list-style-type: none"> - Alcool - Cannabis - Crack - Blacka jonko (association de cannabis et de crack) - Tabac Moins fréquemment : <ul style="list-style-type: none"> - Consommation d'essence - Cocaïne - Amphétamines - GHB - Jeux 	<ul style="list-style-type: none"> - Alcool (en particulier rhum Charrette, un rhum local) - Zamal (cannabis Réunionnais) - Médicaments prescrits détournés de leurs posologies premières : Artane, Rivotril - Drogues de synthèse (« meth » notamment) et tabac chimique - Addiction aux jeux d'argent (notamment jeux de cartes), pouvant générer des bagarres - Ecstasy, cocaïne, et héroïne (moins fréquentes) 	<ul style="list-style-type: none"> - Chimique / herbe chamanique - Nombreuses personnes qui n'évoquent pas leurs addictions = difficultés de prise en charge

Tableau 24 : Troubles psychiatriques et addictions perçus comme fréquents

	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte
Nombre de suicides (DAP 2018-2020)	5	1	3	5	0 (Lien suggéré avec l'appartenance religieuse majoritairement musulmane, fort interdit autour du suicide)
Prévention	- Évaluation systématique à l'entrée en détention	- Évaluation systématique à l'entrée en détention	ND	- Évaluation systématique à l'entrée en détention : grille Risque Urgence Dangersosité	- Évaluation systématique à l'entrée en détention : questionnaire avec score, dépistage précoce des signes de dépression
Risque avéré	- Consultation avec un psychiatre - Prise en charge adaptée (traitement ou hospitalisation) - Mise en place d'une surveillance particulière - Placement en CProU dans l'attente d'une hospitalisation	- Suivi rapproché au SMPR - Signalement par les surveillants - Doublement en cellule et surveillance spécifique (ronde avec passage en cellule plus fréquent) - Hospitalisation au SMPR quand risque accru - CPU hebdomadaire	- Présentation des cas particuliers en réunion clinique hebdomadaire : trouver à la collégiale une proposition de solution pour le patient - CPU hebdomadaire, en présence de la direction du CP, mais aussi dans le service en présence de l'équipe soignante et médicale	- Signalement à l'AP et 2e entretien la semaine suivante - Cellule de confinement - Entretiens réguliers - Hospitalisation si nécessaire	- Signalements précoces pour des consultations rapides (coopération détention / UCSA)

Tableau 25 : Évaluation du risque suicidaire et dispositif associé

	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte
Violences	<ul style="list-style-type: none"> - Problématique majeure, surtout au CP de Baie-Mahault - Augmentation ces dernières années en nombre et en gravité 	<ul style="list-style-type: none"> - Plusieurs fois par semaine entre les personnes détenues, - Moins souvent ou jamais envers les surveillants ou soignants - Plusieurs témoignages de patients de violences de surveillants à l'encontre des personnes détenues - Souvent/régulièrement des insultes et expressions verbales, régulièrement des gestes agressifs, mais rarement des bagarres physiques 	<ul style="list-style-type: none"> - Quotidiennes entre personnes détenues - Hebdomadaires envers des surveillants - Moins souvent envers les soignants - Jamais de la part des surveillants - Souvent des gestes agressifs et bagarres physiques, régulièrement des insultes et expressions verbales 	<ul style="list-style-type: none"> - Hebdomadaires voire quotidiennes entre personnes détenues, mais aussi de surveillants envers les personnes détenues - Violences envers les surveillants également communes 	<ul style="list-style-type: none"> - Climat plutôt calme - Mais tend à se durcir (public de plus en plus agressif) - Climat général : - Surpopulation importante
Activités en détention	- Accès faible au travail et aux formations	Offre faible	ND	- Manque au niveau social et scolaire	ND

Tableau 26 : Environnement carcéral

	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte
Fréquence des recours à des pratiques non-conventionnelles	ND	Un certain recours (moins souvent que les consultations avec des psychologues ou psychiatres, ou autant)	ND	Recours fréquent (selon plusieurs professionnels, plus fréquent que les consultations avec des psychologues ou psychiatres)	Recours fréquent (plus que les consultations avec des psychologues ou psychiatres)
Type de pratiques	ND	<ul style="list-style-type: none"> - Souvent religieuses (recours à un aumônier) - Utilisation de plantes 	ND	<ul style="list-style-type: none"> - Fabrication d'amulettes protectrices - Sacrifice d'animaux - Sorts - Mutilations sur le corps de type rite de passage d'un état à l'autre - Bains dans la mer ou les cascades - Zerbages (plantes en créole), par exemple en tisanes <p>Des pratiques différentes selon les croyances religieuses et origines :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Malbares (indiens en réunionnais) : cérémonies et sacrifices tamoul - Musulmans : recours à un imam - Personnes originaires de Mayotte : recours à un fundi - Catholiques : messes de guérison 	<ul style="list-style-type: none"> - Souvent religieuses (prières)

Tableau 27 : Santé mentale et pratiques magico-religieuses

Offre de soin en détention

Les résultats sont présentés dans les Tableaux 28 à 33.

	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte
Données PIRAMIC (2020) *sauf Martinique : données ARS - avril 2022)	ND	3,18 ETP psychiatres 9,23 ETP infirmiers 3 ETP psychologues 1,5 ETP assistantes sociales	2 ETP psychiatres 7 ETP infirmiers 2,22 ETP psychologues 0,5 ETP assistantes sociales	2,3 ETP psychiatres 14,3 ETP infirmiers ETP 5,9 psychologues 0,4 ETP assistantes sociales	0 ETP psychiatres 0 ETP infirmiers 1 ETP psychologues 0 ETP assistantes sociales
Équipe et difficultés RH	- Turnover important des psychiatres - ETP répartis sur plusieurs établissements et en nombre insuffisant - Organisation plus importante à Baie-Mahault (équipe plus importante), plus d'autonomie dans la MA de Basse-Terre	- 1 seul psychiatre titulaire pendant 3 ans, avec un turnover important d'intérimaires venus de Métropole; recrutement récent d'un zème psychiatre	-isolement des professionnels		- Depuis plusieurs années, pas de psychologues ou psychiatres permanents - Venue ponctuelle de réservistes ou professionnels du Centre Hospitalier de Mayotte [3]
Participation systématique aux CPU	Oui	Oui	Oui	Réponses contradictoires	Oui
Pernance de jour pour les urgences	Oui	Oui	Oui	Réponses contradictoires	Oui
Dossier patient mutualisé avec l'équipe de soins somatiques	Non	Réponses contradictoires	Non	Réponses contradictoires	Oui
Echanges formalisés entre les équipes psychiatriques et somatiques	Non	Oui (tous les mois)	Réponses contradictoires	Réponses contradictoires	ND

Tableau 28 : Caractéristiques de l'unité sanitaire psychiatrique

	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte
Consultation des personnes arrivant en détention	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Activités thérapeutiques	Individuelles ou de groupe, en détention ou en HDJ : - Jeux - Mandalas - Ping-pong - Thématique culturelle selon l'actualité, sur l'hygiène, etc.	Individuelles ou de groupe, en détention ou en HDJ : - Sport, sac de frappe - Art thérapie (fresque murale dans la cour de promenade, attrape rêve, art plastique...) - Relaxation, cohérence cardiaque, hypnose, modelage des mains - Groupes de parole : pour auteurs de violences sexuelles, pour les mineurs autour du babyfoot - Habilité sociale (revue de presse, jeux de rôles...) - Jeux de société - Jardin thérapeutique	ND	Individuelles ou de groupe, en détention (pour la plupart) ou en HDJ : - Art thérapie (mandalas) - Musicothérapie (percussions) - Sport - Relaxation (sophrologie) - Groupe à destination des auteurs de violences sexuelles - Expression corporelle - Gestion de la colère et des émotions - Gestion des addictions - Bibliothèque - Groupe parentalité - Groupe psychodrame chez les mineurs - Psychomotricité pour les patients très ralentis - Café-philos - Qi gong	Individuelles ou de groupe : - Groupes de parole - Musicothérapie - Atelier artisanat - Activité bibliothèque - sport

Tableau 29 : Offre de soins en santé mentale

	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte
Existence d'un centre spécialisé de prise en charge des troubles liés à l'usage de l'alcool/de substances	Réponses contradictoires	CSAPA : - 1 psychiatre addictologue présents 2 fois par mois pour une demi journée + 1 éducateur spécialisé en poste à mi-temps	CSAPA : - Suivi auprès des personnes détenues demandeuses assuré par une éducatrice spécialisée - Ateliers de prévention en addictologie avec les Facilitateurs et une psychologue + groupe de parole	- Educateur spécialisé de CSAPA qui mène des entretiens individuels et de groupe - Suivi des traitements par un psychiatre sans financement spécifique, avec une file active importante.	Oui (ne sait pas quel type)
Politique anti-tabac	ND	Oui	Non	Oui	Oui
Dossier patient mutualisé entre l'équipe du dispositif de soins psychiatriques et l'équipe d'addictologie	ND	Oui	Oui	Non	Oui
Temps d'échanges formalisés	ND	Réponses contradictoires	Oui (toutes les semaines)	Réponses contradictoires	NSP

Tableau 30 : Offre de soins en addictologie

	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte
Remarques générales	<ul style="list-style-type: none"> - Accessibilité aux soins psychiatriques à l'USMP parfois difficile, notamment du fait du rôle de l'administration pénitentiaire pour le déplacement des personnes détenues jusqu'à l'USMP 	<ul style="list-style-type: none"> - Manque de psychologues et psychiatres - Manque de moyens financiers pour les activités - Difficulté de travailler en collaboration avec l'AP et le dispositif de soins somatiques - Pas assez de bureaux - Grandes difficultés de prise en charge du fait de l'absence d'UHSA sur le territoire - Hospitalisations possibles uniquement à l'USIP (chambre d'isolement, pas de TV etc.) avec des délais d'obtention de l'arrêté préfectoral jugés « beaucoup trop longs » - Orientation en UHSA et/ou UMD en métropole très difficile, voire impossible 	<ul style="list-style-type: none"> - Manque de place d'hospitalisation en psychiatrie - Équipe en place à l'UFPI très efficace sur les prises en charge, mais pas suffisamment de structures en amont et aval pour éviter les récurrences - Parfois, difficultés pour rencontrer les patients - Dysfonctionnement institutionnel du CP de Guyane - Manque de structures adaptées en Guyane : pas d'accompagnement efficient notamment à la libération = beaucoup de récurrences, bien que certains parviennent à s'en sortir après plusieurs tentatives 	<ul style="list-style-type: none"> - Rigidité de l'AP qui entrave les actions entreprises - Relais avec la pénitentiaire - Parfois, infirmiers peu formés à la psychiatrie ou qui ne sont pas au SMPR par choix - Manque de psychiatres - Locaux insuffisants et inadaptés - Difficultés à suivre régulièrement les patients - Difficultés particulières pour rencontrer les patients au QI ou QD 	<ul style="list-style-type: none"> - Addictions non-avouées
Addictologie	<ul style="list-style-type: none"> - Demandes des détenus de plus en plus nombreuses au regard du temps de présence des 2 intervenants spécialisés - Incitations aux soins par les juges d'application des peines qui empiètent sur l'autonomie des soignants 	<ul style="list-style-type: none"> - Manque de personnel - Sevrage difficile car exposition permanente des détenus aux substances - Politique à améliorer - Absence de groupes de parole et d'ateliers thérapeutiques spécifiques aux addictions 	<ul style="list-style-type: none"> - Manque plus d'espace de travail pour offrir plus de temps aux patients - Parfois, difficultés liées aux rendez-vous non honorés par les patients, pour plusieurs raisons 	<ul style="list-style-type: none"> - Moyens insuffisants : besoin d'un 2e référent CSAPA et d'un addictologue - Professionnels sollicités pour des demandes en addictologie, pourtant pas budgétisées chez eux - Psychologues et psychiatres n'ont pas le temps d'assurer un vrai suivi - Circulation importante de produits psychoactifs dans l'établissement - Parfois, manque de motivation de la part des patients - Injonctions aux soins formulées par les juges d'application des peines qui empiètent sur l'autonomie des soignants 	<ul style="list-style-type: none"> - Addictions non-avouées

Tableau 31 : Difficultés rencontrées

	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte
Offre de soins en santé mentale	Ajustée à la demande	Un peu inférieure à la demande selon plusieurs personnes	Un peu inférieure à la demande / ajustée à la demande	Inférieure (voire très inférieure) à la demande pour la plupart des professionnels interrogés, notamment les psychologues	Très inférieure à la demande : absence de psychologue et psychiatre permanents
Offre de soins en addictologie	Un peu inférieure à la demande	Un peu inférieure à la demande Prise en charge individuelle jugée satisfaisante, mais manque de groupes de parole et d'activités thérapeutiques spécifiques aux addictions	Ajustée à la demande	Très inférieure à la demande selon plusieurs professionnels	Un peu inférieure à la demande : absence d'addictologue permanent. Peu de demande
Améliorations possibles évoquées	- Mise en œuvre de projets pour permettre un équilibre et une continuité entre les prises en charge individuelles et de groupe	- Plus de moyens matériels et humains - Développer les activités thérapeutiques - Construire rapidement une unité sanitaire commune pour pouvoir rassembler UCSA et SMPR	- Modifier l'architecture de l'USMP - Augmentation des effectifs - Développer les activités thérapeutiques - Soignants mieux formés à l'éducation thérapeutique, avec des connaissances réactualisées (formations continues et régulières)	- Augmentation des effectifs - Amélioration des locaux - Instauration de réunions entre le SMPR et l'UCSA	- Augmentation des effectifs - Développer les activités thérapeutiques

Tableau 32 : Évaluation de l'offre de soins

	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte
Fréquence des consultations dans d'autres langues que le français	Parfois	Parfois/Souvent	Souvent	Parfois/Souvent	Souvent
Autres langues utilisées	- Créole - Anglais	- Créole - Anglais - Espagnol - Portugais	- Brésilien - Anglais - Néerlandais - Créoles - Chinois - Hmong - Amérindien - Sranan Tongo - Allemand	- Créole - Shimaoré	- Shimaoré - Comorien Problématique linguistique importante : nombreuses personnes détenues non françaises et souvent non-francophones
Difficultés linguistiques	Parfois	Parfois/Souvent	Parfois	Parfois/Jamais (certains professionnels parlent le créole, d'autres non et rencontrent alors des difficultés)	Souvent
Appel à un interprète	Jamais [2]	Jamais	Toujours (personnel médical ou soignant, médiateur en santé)	Dépend du professionnel (interprète venu d'une association, notamment pour les entretiens en Shimaoré)	Toujours (personnel médical ou soignant)

Tableau 33 : Enjeux linguistiques et culturels

Articulation avec le dispositif de psychiatrie générale

Les résultats sont présentés dans les Tableaux 34 et 35.

	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte
Disposition d'un SMPR	Oui (avec lits d'hospitalisation de jour, au CP Baie-Mahault)	Oui (avec 13 lits d'hospitalisation de jour, dans l'établissement)	Non (dispositif de soins psychiatriques sans SMPR)	Oui	ND
Hospitalisation de personnes détenues à temps complet en UHSA	Oui (rare)	Non	Oui (en région parisienne ou à Lyon)	Non	ND
Hospitalisation psychiatrique de personnes détenues à temps complet dans un établissement du département	Oui (système estimée « plutôt efficace », hospitalisation possible dans les 4h si nécessaire)	Oui (une trentaine environs depuis le 1er janvier 2019)	Oui	Oui	Oui
Hospitalisation psychiatrique de personnes détenues à temps complet en UMD	ND	ND	Oui (à Lyon)	Oui (à Bordeaux ?)	ND

Tableau 34 : Accès aux structures de soins spécifiques en milieu carcéral et en psychiatrie générale

	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte
Consultation systématisée des personnes sortant de détention	Non	Non	Non	Réponses contradictoires	ND
Moyens mis en place	- Espace psycho-légal - Prise de RDV avec le CMP	ND	ND	- Prise de rdv en CMP - Système de consultations en post-carcérale mis en place par le SMPR pour permettre une continuité des soins	ND
Difficultés	Souvent des difficultés : - Sorties anticipées	Souvent des difficultés : - Sorties intempestives, pas de connaissance de la date de sortie - Absence de logement compliquant la mise en place d'un suivi sur un secteur - Pas beaucoup de structures spécialisées dans la prise en charge d'anciennes personnes détenues en Martinique (pas de pont intra/extra carcéral)	Souvent des difficultés : - SDF qui deviennent très souvent des perdus de vue jusqu'à la prochaine récurrence	Toujours/souvent des difficultés : - Difficultés d'obtention de rdv au CMP (équipe du CMP insuffisante) - Sorties anticipées - Sorties sèches (sans logement et famille, travail ou formation) en raison d'un manque de personnels SPIP au centre de détention du Port - Difficultés pour prendre contact avec la personne sortie (pas d'adresse ou de numéro de téléphone) - Patients en situation de grande précarité (SDF, etc.) - Patients réincarcérés rapidement en raison d'une addiction à l'alcool non traitée. - Covid-19 : remises de peine, donc sorties encore plus précipitées et patients non-préparés	ND
Améliorations éventuellement proposées	ND	- Nécessité de créer des structures sanitaires et sociales pour les sortants de prison avec des intervenants (psychiatres, psychologues, assistants sociales...) travaillant en intra-carcéral, pour maintenir le lien	ND	ND	ND

Tableau 35 : Continuité des soins psychiatriques à la libération

SYNTHÈSE ET CONCLUSION

Le volet Outre-Mer de l'étude SPCS met en évidence des **difficultés d'accès aux soins psychiatriques et addictologiques partagées au sein des DROM**, mais dont l'intensité varie selon les territoires. Il permet également de révéler des problématiques spécifiques notamment pour ce qui est des caractéristiques de la population carcérale mais surtout des contextes socio-culturels (multilinguisme, pratiques de soins non conventionnelles, etc.).

Ces résultats ouvrent la voie à des travaux épidémiologiques visant à mesurer précisément la prévalence des troubles psychiatriques et de l'usage de substance au sein des établissements pénitentiaires des DROM. La collecte des données épidémiologiques pourrait être envisagée de deux façons :

- Par le biais des équipes en poste sur place : cette méthodologie semble envisageable dans les établissements pénitentiaires de Guadeloupe, de Guyane, de Martinique et de La Réunion.
- Par le biais d'un enquêteur indépendant qui assurerait la passation des questionnaires : cette méthodologie nous semble préférable pour l'établissement de Majicavo à Mayotte, en raison des difficultés durables de recrutement en USMP.

Plusieurs difficultés méthodologiques devront être anticipées : (i) la question de la langue utilisée au cours des entretiens d'évaluation et (ii) la constitution d'échantillons représentatifs de la population carcérale de chacun des DROM puisque, face à la diversité des réalités locales, un échantillon unique de personnes détenues en « Outre-Mer » poserait, de fait, des problèmes de représentativité.



**CONCLUSION
ET PERSPECTIVES**



Les 3 volets de SPCS apportent des **résultats actualisés sur l'état de santé mentale de la population carcérale en France**. Ces données offrent plusieurs perspectives tant sur le plan de la recherche que de l'action publique en matière de santé mentale.

PERSPECTIVES DE RECHERCHE

Ce rapport décrit la prévalence des troubles psychiatriques et liés à une substance à la sortie de maison d'arrêt pour les hommes et d'établissement pénitentiaire pour les femmes. Il caractérise la gravité de ces troubles, mesure la prévalence des traumatismes subis dans l'enfance, et apporte des informations sur l'expérience carcérale vécue, le parcours de soins et d'accompagnement durant la détention et celui envisagé après la libération.

L'approche descriptive des données de l'étude présentée ici, devra être complétée de travaux d'épidémiologie analytique. Deux pistes se dessinent.

Dans un premier temps, l'analyse des données du MINI va permettre une **description affinée des comorbidités** dans l'objectif d'identifier au mieux les tableaux cliniques présents en population carcérale à la sortie de prison. Une attention particulière devra être portée aux questions de **pathologies duelles** dont on connaît l'importance dans cette population. (11)

Dans un second temps, la mise en regard des données socio-démographiques et des prévalences de troubles psychiatriques va permettre d'**explorer les liens complexes entre parcours carcéral et troubles psychiatriques**. Par exemple, dans quelle mesure l'expérience carcérale des personnes présentant des troubles psychiatriques graves diffère-t-elle de celles des autres personnes détenues ? Comment comprendre l'évaluation subjective de l'incarcération sur la santé mentale à l'aune des conditions de détention et du parcours de soin ? Ces analyses seront poursuivies par l'équipe SPCS et donneront lieu à des publications scientifiques dans les prochains mois.

Au total, cette étude éclaire la réalité carcérale à la sortie de prison mais laisse quelques zones d'ombre qui mériteront d'être explorées par des recherches complémentaires. Deux directions prioritaires se dessinent tout particulièrement : (i) la mise en place d'**études longitudinales** visant à évaluer l'effet de l'incarcération sur la santé mentale, (ii) l'évaluation de la santé mentale des personnes détenues en **établissements pour peine** (centres de détention et maisons centrales).

Enfin, le volet exploratoire « Outre-Mer » a permis de mettre en exergue certaines problématiques rencontrées dans les établissements pénitentiaires de ces départements. Il serait pertinent de la prolonger, par l'étude de la prévalence des troubles psychiatriques et liés à une substance dans ces territoires.

Cette étude soulève plusieurs problématiques de santé publique. Comme le note l'avis du Conseil économique, social et environnemental sur la réinsertion des personnes détenues en octobre 2019, la prison « est le lieu où s'aggravent les risques de désocialisation » (CESE, 2019, p.22). Les variables socio-démographiques présentées dans ce rapport en attestent : le parcours carcéral éloigne notamment de l'emploi et du logement. On peut faire l'hypothèse que l'incarcération multiplie particulièrement les freins à la réinsertion des personnes présentant des troubles psychiatriques, nombreuses à la sortie de prison.

Bien entendu, le constat fait dans cette étude rappelle une fois de plus l'importance d'une réflexion, en termes de politiques publiques, sur l'incarcération des personnes présentant des troubles psychiatriques sévères. Mais les résultats présentés interpellent surtout sur l'accès aux soins de santé mentale après l'incarcération et sur les liens entre dispositifs psychiatriques intra-carcéraux et dispositifs de droit commun.

Plusieurs pistes peuvent être proposées ici :

- Former les acteurs du soin et de la justice : eu égard à la complexité des enjeux soulevés par la prise en charge en milieu carcéral des personnes présentant des troubles psychiatriques, la formation continue des magistrats et des experts psychiatres et psychologues paraît indispensable. Afin de faciliter l'accueil de ce public par les dispositifs de droit commun, la formation continue des équipes des secteurs de psychiatrie semble également indispensable.
- Éviter l'incarcération : le recours plus systématique à des avis psychiatriques dans les procédures de jugement accélérées ainsi que le soutien aux alternatives à l'incarcération (par exemple le programme AiLSi, « alternative à l'incarcération pour le logement et le suivi intensif » à Marseille) permettrait de réduire l'incarcération de personnes relevant principalement d'une prise en charge psychiatrique.
- Raccourcir l'incarcération des personnes présentant des troubles psychiatriques graves et accompagner ces personnes vers les dispositifs de droit commun : un bilan des quelques cas de suspensions de peines pour raisons psychiatriques permettrait de réfléchir aux moyens de faciliter le recours à cette disposition. Il serait enfin utile de systématiser les équipes mobiles transitionnelles (EMoT) sur le modèle des expérimentations menées à Lille et à Toulouse.

REFERENCES

1. Icon-Lignereux L, Kensey A. Cahiers d'études pénitentiaires et crimi_nologiques no 50. 2020.
2. Fovet T, David M. Psychiatrie en milieu pénitentiaire. EMC - Psychiatrie 2020;0(0):1-18 [Article 37-953-A-10].
3. Falissard B, Loze JY, Gasquet I, Duburc A, de Beaurepaire C, Fagnani F, et al. Prevalence of mental disorders in French prisons for men. BMC Psychiatry. 21 août 2006;6:33.
4. Fovet T, Plancke L, Amariei A, Benradia I, Carton F, Sy A, et al. Mental disorders on admission to jail: A study of prevalence and a comparison with a community sample in the north of France. Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr. 27 avr 2020;1-21.
5. Fazel S, Baillargeon J. The health of prisoners. The Lancet. mars 2011;377(9769):956-65.
6. Baranyi G, Scholl C, Fazel S, Patel V, Priebe S, Mundt AP. Severe mental illness and substance use disorders in prisoners in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis of prevalence studies. Lancet Glob Health. 2019;7(4):e461-71.
7. Fazel S, Seewald K. Severe mental illness in 33,588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. Br J Psychiatry J Ment Sci. mai 2012;200(5):364-73.
8. Fovet T, Geoffroy PA, Vaiva G, Adins C, Thomas P, Amad A. Individuals with bipolar disorder and their relationship with the criminal justice system: a critical review. Psychiatr Serv Wash DC. 1 avr 2015;66(4):348-53.
9. Fovet T, Wathelet M, Amad A, Horn M, Belet B, Benradia I, et al. Trauma exposure and PTSD among men entering jail: A comparative study with the general population. J Psychiatr Res. 14 déc 2021;145:205-12.
10. Fovet T, Pignon B, Wathelet M, Benradia I, Roelandt JL, Jardri R, et al. Admission to jail and psychotic symptoms: a study of the psychotic continuum in a sample of recently incarcerated men. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 20 juill 2022;
11. Fovet T, Wathelet M, Benbouriche M, Benradia I, Roelandt JL, Thomas P, et al. Substance use, substance use disorders, and co-occurring psychiatric disorders in recently incarcerated men: a comparison with the general population. Eur Addict Res. In press.
12. Fazel S, Yoon IA, Hayes AJ. Substance use disorders in prisoners: an updated systematic review and meta-regression analysis in recently incarcerated men and women. Addict Abingdon Engl. oct 2017;112(10):1725-39.
13. Abram KM, Zwecker NA, Welty LJ, Hershfield JA, Dulcan MK, Teplin LA. Comorbidity and continuity of psychiatric disorders in youth after detention: a prospective longitudinal study. JAMA Psychiatry 2015;72:84-93.
14. Mundt AP, Baranyi G, Fazel S. Incomplete discussion of bipolar disorder and comorbid substance use disorder - Authors'reply. Lancet Glob Health 2019;7:e847.
15. Mir J, Kastner S, Priebe S, Konrad N, Ströhle A, Mundt AP. Treating substance abuse is not enough: comorbidities in consecutively admitted female prisoners. Addict Behav 2015;46:25-30.
16. Ignatyev Y, Baggio S, Mundt AP. The Underlying Structure of Comorbid Mental Health and Substance Use Disorders in Prison Populations. Psychopathology 2019;52:2-9.

17. Falissard B, Loze JY, Gasquet I, Duburc A, de Beaurepaire C, Fagnani F, et al. Prevalence of mental disorders in French prisons for men. *BMC Psychiatry*. déc 2006;6(1):33.
18. Eck M, Scoufflaire T, Debien C, Amad A, Sannier O, Chan Chee C, et al. [Suicide in prison: Epidemiology and prevention]. *Presse Medicale Paris Fr* 1983. 23 janv 2019;
19. Belet B, D'Hondt F, Horn M, Amad A, Carton F, Thomas P, et al. [Post-traumatic stress disorder in prison]. *L'Encephale*. déc 2020;46(6):493-9.
20. Liu H, Li TW, Liang L, Hou WK. Trauma exposure and mental health of prisoners and ex-prisoners: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 1 nov 2021;89:102069.
21. Désesquelles A, Kensey A. The death toll of French former prisoners. *Eur J Epidemiol*. oct 2017;32(10):939-41.
22. Binswanger IA, Stern MF, Deyo RA, Heagerty PJ, Cheadle A, Elmore JG, et al. Release from Prison — A High Risk of Death for Former Inmates. *N Engl J Med*. 11 janv 2007;356(2):157-65.
23. Zlodre J, Fazel S. All-cause and external mortality in released prisoners: systematic review and meta-analysis. *Am J Public Health*. déc 2012;102(12):e67-75.
24. Lancelevée C, Scheer D. *La prison: Réalités et paradoxes*. Pu Blaise Pascal, 2019.
25. Fazel S, Yu R. Psychotic Disorders and Repeat Offending: Systematic Review and Meta-analysis. *Schizophr Bull*. 1 juill 2011;37(4):800-10.
26. Baillargeon J, Binswanger IA, Penn JV, Williams BA, Murray OJ. Psychiatric Disorders and Repeat Incarcerations: The Revolving Prison Door. *Am J Psychiatry*. janv 2009;166(1):103-9.
27. Albalawi O, Chowdhury NZ, Wand H, Allnutt S, Greenberg D, Adily A, et al. Court diversion for those with psychosis and its impact on re-offending rates: results from a longitudinal data-linkage study. *BJPsych Open* [Internet]. 10 janv 2019 [cité 25 oct 2019];5(1). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6343116/>.
28. Fovet T, Plancke L, Amariei A, Benradia I, Carton F, Sy A, et al. Mental disorders on admission to jail: A study of prevalence and a comparison with a community sample in the north of France. *Eur Psychiatry*. 2020;63(1):e43.
29. Hergueta T, Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E. Mini International Neuropsychiatric Interview French current DSM-IV. 2015 août.
30. Paquette D, Laporte L, Bigras M, Zoccolillo M. Validation de la version française du CTQ et prévalence de l'histoire de maltraitance 1. *Santé Ment Au Qué*. 18 août 2004;29(1):201-20.
31. Guy W. Clinical Global Impression. *ECDEU Assess Man Psychopharmacol Revis Natl Inst Ment Health Rockv MD*. 1976;217-221.
32. Rousselet M, Guerlais M, Caillet P, Geay BL, Mauillon D, Serre P, et al. Consumption of psychoactive substances in prison: Between initiation and improvement, what trajectories occur after incarceration? COSMOS study data. *PLOS ONE*. 4 déc 2019;14(12):e0225189.
33. Bartlett A, Hollins S. Challenges and mental health needs of women in prison. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. mars 2018;212(3):134-6.

34. Falissard B (dir.), Duburcq A. Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral. Étude pour le Ministère de la Santé (Direction Générale de la Santé) et le Ministère de la Justice (Direction de l'Administration Pénitentiaire); 2004 déc.
35. Arnal R, Ayhan G, Pinganaud É, Basurko C, Jehel L. [Post-Traumatic Stress Disorder among Incomers in Remire-Montjoly Prison, French Guiana]. *Sante Ment Que.* Spring 2016;41(1):251-65.
36. Ayhan G, Arnal R, Basurko C, About V, Pastre A, Pinganaud E, et al. Suicide risk among prisoners in French Guiana: prevalence and predictive factors. *BMC Psychiatry.* 2 mai 2017;17(1):156.
37. ARNAL (R.), ARNAL (R.), SPODENKIEWICZ (M.), LACOSTE (J.), JEHEL (L.), FALISSARD (B.). Mental health of jail inmates within the prison of Ducos, Martinique - a cross-sectional descriptive study. *Ment Health Jail Inmates Prison Ducos Martin - Cross-Sect Descr Study.* 2018;
38. Nacher M, Ayhan G, Arnal R, Basurko C, Huber F, Pastre A, et al. High prevalence rates for multiple psychiatric conditions among inmates at French Guiana's correctional facility: diagnostic and demographic factors associated with violent offending and previous incarceration. *BMC Psychiatry.* 29 mai 2018;18(1):159.

Ce rapport présente les résultats de l'étude nationale sur la santé mentale en population carcérale sortante (SPCS) qui s'est donné pour objectif d'évaluer la santé mentale et le parcours de soins des personnes sortant de prison en France.

Il comprend trois volets qui concernent respectivement : la population carcérale masculine sortant de maison d'arrêt ; la population carcérale féminine sortant des établissements pénitentiaires des Hauts-de-France ; et le dispositif de santé mentale en milieu carcéral dans certains territoires d'Outre-Mer.

L'étude SPCS a été financée par la DGS (Direction générale de la santé) et SpF (Santé Publique France). Elle a été portée par la F2RSM Psy (Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale et Psychiatrie) et coordonnée par le professeur Pierre Thomas. La réalisation de l'étude a été pilotée par Thomas Fovet et Camille Lancelevée assistés d'Oumaïma El Qaoubii et d'Élodie Flourey pour le volet Outre-Mer. La méthodologie a été conçue par Marielle Wathelet. L'étude a été rendue possible par la participation d'une centaine d'enquêteurs et d'enquêtrices, professionnels de santé mentale exerçant en milieu carcéral, chargés du recueil des données.

Thomas Fovet • Camille Lancelevée • Marielle Wathelet • Oumaïma El Qaoubii • Pierre Thomas

Financé par



Avec le soutien de



Direction de l'administration pénitentiaire



DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS



211 rue du Général Leclerc,
59350 Saint-André-lez-Lille

+ 33(0)3 20 44 10 34

contact@f2rsmpsy.fr

F2RSM PSY

www.f2rsmpsy.fr