

Les auteurs :

Jeanne Gonfroy (stagiaire)¹, Laurent Plancke^{1,2}, Alina Amariei¹

Comité de pilotage de l'étude :

Thierry Danel^{1,3}

Caroline Delaplace4

Thomas Fovet³

Pierre Thomas^{3,5}

- 1. Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hautsde-France
- 2. Centre lillois d'études sociologiques et économiques
- Centre hospitalo-universitaire de Lille
 Ministère de la Justice, Direction interrégionale des services pénitentiaires de Lille
- 5. Université de Lille

SOMMAIRE

Introduction	4
Les liens entre incarcération et maladies mentales	4
Analyses quantitatives de l'incarcération des patients psychiatriques	11
L'organisation des soins en milieu pénitentiaire	12
0bjet	13
Matériel et méthodes	13
Matériel	13
Méthodes et analyses statistiques	15
Résultats	16
Sélection de la population incarcérée à partir du RimP	16
Les réponses aux questionnaires	17
Exhaustivité du RimP	19
La population incarcérée décrite dans le RimP	21
Le taux d'incarcération établi à partir du RimP	24
Probabilité d'incarcération des patients de l'Oise	25
Les facteurs liés au risque d'incarcération des patients	30
Discussion	30
Limites	30
Réponse à la question principale	31
Conclusion : les conditions d'une amélioration	32
Bibliographie	35
Annexes	37

Introduction

La prison et la psychiatrie ont toujours été des institutions fortement reliées. La psychiatrie naissante a justifié son existence par la nécessité de distinguer les délinquants des « fous », les premiers étant destinés à la prison tandis que la place des seconds était à l'asile. L'histoire commune de la psychiatrie et de la prison a notamment été décrite par Denis et al. et Renneville (1,2). Qu'en est-il aujourd'hui des liens entre les deux univers? Comment cette séparation prison/asile a-t-elle évolué dans le temps? Différentes études ont montré l'importance du nombre de personnes ayant des troubles psychiatriques parmi les détenus. Elles sont en proportion plus nombreuses au sein de la population carcérale que dans la population générale. Cette présence importante de détenus ayant des troubles psychiatriques peut s'expliquer de deux façons : le trouble est une conséquence de l'emprisonnement, dû au « choc carcéral » et/ou il existait un trouble, connu ou non, antérieur à l'emprisonnement. L'enquête que nous avons menée sur l'incarcération des malades psychiatriques dans la région des Hauts-de-France s'intéresse à ce deuxième aspect, celui de la santé mentale des détenus au moment de leur entrée en détention. Une étude financée par l'Agence régionale de santé Hauts-de-France sur la santé en population carcérale a comparé les niveaux de troubles présents parmi les entrants en établissement pénitentiaire du Nord et du Pas-de-Calais à ceux de la population générale dans la même zone géographique (3).

Selon une étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees¹) réalisée en 2001 sur des personnes entrant en détention (4), plus de la moitié d'entre elles avaient un trouble psychiatrique (55%). Parmi l'ensemble des nouveaux détenus, « un entrant sur cinq a déjà été suivi par le secteur de psychiatrie », dont 11% ont déjà été hospitalisés. De plus, on constate une part plus importante de réincarcération parmi les détenus ayant un trouble que parmi les détenus n'en présentant aucun. Cette surreprésentation des personnes ayant un trouble est plus prononcée dans le cadre d'infractions de type criminel (infraction qui entraîne une peine de réclusion pouvant aller de 10 ans à la perpétuité²). Le phénomène diffère également en fonction du sexe : on retrouve des troubles pour 59% des femmes arrivant en détention contre 54% des hommes et le profil des troubles identifiés n'est pas le même.

L'Observatoire régional de la santé et du social en Picardie (OR2S) réalise une étude annuelle sur l'état de santé des personnes entrant en établissement pénitentiaire (5). En 2015, parmi les nouveaux arrivants hommes, un quart a déjà eu un suivi psychiatrique et un sixième était sous traitement au moment de l'enquête. Près de 4% d'entre eux ont déjà été hospitalisés en service de psychiatrie.

Les personnes porteuses d'un trouble psychiatrique seraient plus fréquemment incarcérées que le reste de la population et, selon des auteurs comme Thomas ou Chéné, cette tendance serait en augmentation (6,7). Comment expliquer la présence importante de cette population parmi les détenus ? L'analyse de la littérature scientifique et les entretiens avec des experts que nous avons réalisés sur le sujet ont montré que de multiples facteurs sont liés à la surreprésentation des personnes ayant des troubles psychiatriques parmi les entrants en détention, certains liés aux troubles mentaux, d'autres à l'organisation du système pénal en France ou à l'organisation des soins.

Les liens entre incarcération et maladies mentales

Les personnes ayant des troubles psychiatriques sont-elles plus dangereuses?

Peut-on déduire de leur présence importante en détention, que les personnes porteuses de troubles psychiatriques commettent plus d'infractions que le reste de la population ?

Les études se sont essentiellement intéressées à la question du passage à l'acte violent des malades psychiatriques, notamment des schizophrènes. Différents auteurs se sont demandé si les personnes

¹ Développés lors de leur 1^{re} utilisation dans le texte, les sigles et acronymes sont également repris en annexe, p. 45.

² Art. 131-1 du Code pénal

ayant des troubles psychiatriques étaient plus dangereuses que la population générale. Les points de vue sont divisés sur cette question. Senon et al (8) soulignent que le débat prend place dans un contexte de stigmatisation des personnes malades, dont l'image est souvent associée à l'idée de violence. Les crimes commis par cette population sont d'ailleurs souvent surmédiatisés. Affirmer que les personnes malades, notamment les schizophrènes, ne sont pas plus dangereuses que les autres peut donc être en partie une réaction à cette stigmatisation. Pour certains auteurs comme Voyer (9), si les personnes présentant des troubles commettent plus d'infractions, cela n'est pas dû à leur trouble en tant que tel mais à tout ce qui va accompagner la maladie. En effet, avoir un tel trouble conduit souvent à la précarité, l'isolement ou la marginalisation, qui sont eux-mêmes des facteurs susceptibles d'entraîner une incarcération. De plus, il existe souvent une comorbidité avec une dépendance à l'alcool ou aux drogues qui, associée à d'autres troubles mentaux, peut entraîner des comportements menant à la prison. En revanche pour d'autres auteurs, le trouble en lui-même entraîne un risque de violence plus important (10,11). Il est en effet difficile de connaître précisément les raisons qui mènent une personne en détention. Est-ce dû à la pathologie de la personne, à ses symptômes ? Ou est-ce dû aux conséquences de la maladie sur la vie de l'individu (chômage, errance...) ?

Les différents psychiatres rencontrés s'accordent à dire que la dangerosité des personnes porteuses de troubles psychiatriques est un phénomène minime. Pour le psychiatre B, il s'agit seulement d'une minorité de malades présentant les pathologies les plus difficiles mêlées à de nombreuses comorbidités dont des addictions, le tout dans un contexte de précarité.

Dans les entretiens avec les psychiatres A et C, on observe une volonté de ne pas stigmatiser les personnes porteuses de troubles sans pour autant adopter un discours idéologique.

« On ne peut pas dire n'importe quoi au nom de l'idéologie », « mais quand on généralise cette idée [que les malades mentaux sont plus dangereux que les personnes non malades] on a tendance à être répressif. Mais n'empêche qu'on doit être attentif à l'idée que quelqu'un qui est en dehors de la réalité, je parle des malades mentaux ou des psychotiques qui sont hors de la réalité, qui ont du mal à se contrôler, peuvent faire quelques dégâts, bien entendu. » [psychiatre A].

« Pendant un moment il y a eu une tendance à une vision un peu angélique à dire [...] les malades mentaux ils sont pas dangereux et cetera. Ça a été beaucoup comme ça. Mais en même temps c'était un peu oublier que, malgré tout, même si tu retires les facteurs associés, il persiste un surrisque associé aux maladies psychiatriques en tant que tel. Il est très faible mais il y a quand même un surrisque, [...] surrisque qui explose quand il y a des facteurs associés du type comorbidité, addictions, troubles de la personnalité. » « C'est pas du tout le cas de tout le monde, il ne faut jamais oublier que les personnes qui ont des troubles mentaux, elles sont plus souvent victimes qu'acteurs. Mais malgré tout il ne faut pas non plus être dans une vision angélique. » [psychiatre C]

L'enquête Santé en population carcérale (SPC) précédemment citée a comparé dans les Hauts-de-France les personnes entrant en détention à la population générale. La probabilité d'incarcération a fait l'objet d'une régression logistique ; les variables modélisées étant à la fois les caractéristiques sociales (sexe, âge, niveau d'étude, emploi ...) et les troubles, tels que repérés par le *Mini International Neuropsychiatric Interview* (Mini).

Les addictions aux drogues/alcools et la présence d'un épisode dépressif au cours des 15 derniers jours sont significativement liées à une plus forte probabilité d'incarcération. Il faut toutefois noter que, l'usage de drogues étant illégal, il augmente automatiquement le risque d'incarcération. La présence d'un épisode dépressif dans les 15 derniers jours peut également être biaisé dans le cas où l'individu était prévenu de sa future incarcération, ce qui peut être la cause d'un épisode dépressif.

Le lien entre l'incarcération des malades et les conditions sociales des personnes présentant un trouble psychiatrique a également été observé par les professionnels que nous avons rencontrés. Pour le psychiatre B, l'incarcération des personnes ayant des troubles mentaux est liée à la précarité. Une personne malade, dont les parents s'occupent et ont des moyens financiers, n'aura pas plus de risque d'être incarcérée qu'une personne non malade. Ce sont les mêmes observations que fait le directeur adjoint d'un établissement pénitentiaire sur la population ayant des troubles qui arrive dans son établissement pénitentiaire.

« La majorité des personnes [porteuses de troubles psychiatriques] qui sont incarcérées, sont dans des situations de précarité qui sont très très extrêmes donc déjà avec des carences de tous ordres à l'extérieur [...]. Bon certains quand même ont des familles tout ça, mais après la famille aussi n'en peut plus parce que les troubles sont trop lourds. Donc souvent la personne quitte le domicile donc il y a quand même beaucoup de SDF aussi. Après il y a des gens qui sont d'origine étrangère qui ont eu un parcours de vie, du fait qu'on soit quand même proche de Calais [...] le parcours a fait que se sont installés des troubles du comportement du fait des épreuves qu'ils ont vécues. » [directeur adjoint]

Une plus forte incarcération ne s'explique pas exclusivement par une plus grande propension à commettre une infraction mais aussi par une plus grande tendance à se faire arrêter et condamner. Comme le rappellent Bénézech et al (12), il est erroné de considérer que certains malades commettent plus d'infractions seulement parce qu'ils se font plus condamner. Les auteurs prennent l'exemple des déficients mentaux dont on considère que les hommes « ont un risque trois fois plus élevé d'infractions criminelles que les hommes indemnes de trouble mental et de déficience intellectuelle et un risque cinq fois supérieur d'infractions violentes » (12). Le surrisque serait encore plus élevé chez les femmes. Ces données sont à prendre avec du recul car il s'agit d'une population qui se fait plus facilement interpellée et qui est plus susceptible d'avouer une infraction (qu'elle en soit l'auteur ou non). Les auteurs évoquent également les différences entre les criminels qu'ils nomment psychopathes et les criminels psychotiques. Quand une personne psychotique commet un meurtre, c'est le plus souvent de manière désorganisée et improvisée, elle sera donc plus facile à retrouver. De plus, elle se dénoncera ou se laissera arrêter plus souvent qu'un psychopathe. Ces différences de comportements entraînent ainsi un taux plus fort d'incarcération des malades psychiatriques que de la population générale sans que cela démontre un taux plus important de délinquance.

Si les personnes malades ont plus de risque d'être arrêtées lorsqu'elles commettent une infraction, ont-elles également plus de risque d'être incarcérées ? Il existe des études qui s'intéressent aux éléments jouant un rôle dans le choix d'une peine (les faits, les caractéristiques du juge, de l'accusé...); Vanhamme et Beyens se sont intéressés aux recherches déjà existantes dans ce domaine (13). Les études actuelles concernant les effets des caractéristiques du justiciable sur la peine prononcée, ont analysé le rôle du passé judiciaire, du genre, de la position sociale et de l'origine ethnique. Il n'y a pas, à notre connaissance, de travaux sur l'impact de la présence avérée d'un trouble ou la connaissance du passé psychiatrique du justiciable sur la décision de justice. On sait en revanche que le Code pénal a été modifié en 2014, établissant un principe d'atténuation de la peine en cas d'altération de la responsabilité de l'auteur au moment des faits. Cette réforme a été jugée nécessaire car les peines prononcées pour des personnes avant une altération du discernement au moment des faits³ étaient en général plus longues. Le jury pensait ainsi protéger la société plus longtemps car il voyait la mise en liberté d'une personne ayant des troubles psychiatriques comme un danger pour la société. En plus de cette stigmatisation, et selon Brahmy (13), « du fait de sa présentation ou du contenu de son discours, d'une attitude totalement liée aux symptômes de sa maladie, le schizophrène va impressionner défavorablement le jury de la Cour d'Assises.»

On peut se demander si ce phénomène de défaveur envers les personnes malades au moment des procès existe également pour la détention provisoire⁴ qui peut être ordonnée avant la condamnation, notamment pour prévenir le renouvellement de l'infraction ou pour la rétention de sûreté qui permet, sous certaines conditions, de garder en détention un criminel qui a fini d'exécuter sa peine mais dont on estime qu'il présente une grande dangerosité⁵. Darley et al (14) décrivent une tendance des institutions pénales à aller dans deux directions : « entre humanisation des conditions de vie et sécurisation des lieux fermés, entre protection des droits des usagers et neutralisation des patients / détenus / retenus jugés dangereux ». Les personnes ayant des troubles psychiatriques sont, dans l'imaginaire collectif, associées à la dangerosité ; on peut donc penser qu'elles sont victimes de cette tendance sécuritaire notamment dans le cadre de la détention provisoire et de la rétention de sûreté.

6

³ Il y a altération du discernement quand le trouble a été reconnu mais l'irresponsabilité pénale n'a pas été retenue.

⁴ Au 1^{er} janvier 2018, 28,8% des personnes détenues le sont dans le cadre de la détention provisoire (selon les chiffres du ministère de la Justice).

⁵ https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F18535

Il n'existe pas d'étude chiffrée sur le sujet mais le sentiment que les personnes porteuses de troubles sont désavantagées pour faire face à la police et aux magistrats est partagé par la majorité des professionnels rencontrés.

- « Ce qui me paraît le plus crédible, mais encore une fois ce n'est pas démontré, c'est le fait que ce soit des gens qui présentent plus de vulnérabilité quand ils sont confrontés au monde pénal que sont le monde de la police et le monde de la justice » [sociologue].
- « Je pense qu'à chaque événement de la chaîne « pénale », ils ont un peu plus de risques de passer à l'étape suivante. »
- « Parce qu'ils sont plus fragiles, plus vulnérables, plus, « faibles » ils se font plus facilement attraper et que, donc, de fait ils sont plus nombreux, par rapport à la proportion dans la population générale à se retrouver devant un tribunal et du coup plus nombreux à se retrouver en détention.» [magistrat]
- « Dans toute la chaîne [pénale], ils sont handicapés. » [psychiatre B]

Ainsi, si les personnes présentant des troubles psychiatriques sont plus incarcérées que les autres, ce n'est pas nécessairement parce qu'elles sont plus dangereuses que le reste de la population mais également parce qu'elles n'ont pas toujours les mêmes armes pour se défendre. Pour Senon, cette inégalité est renforcée par le populisme pénal. Il explique que légiférer en réaction à chaque fait divers et mettre en place une politique de tolérance zéro a « une incidence directe sur la petite criminalité que peuvent connaître certains schizophrènes mal insérés ». De plus, « la célérité voulue à juste titre dans une justice moderne fait que nombre de malades mentaux ne sont pas repérés dans l'enquête de flagrance, ni dans une garde à vue avant une comparution immédiate et que, par ailleurs, ils sont manifestement bien en difficulté pour se défendre dans un plaidé-coupable à la française » (15).

Le comportement des personnes malades, au moment de commettre une infraction ou de se défendre, ne serait pas la seule raison de leur désavantage face au monde judiciaire. Le fonctionnement de la justice française renforcerait également le surrisque d'incarcération des personnes présentant des troubles psychiatriques.

L'effet de la Loi et des pratiques judiciaires

Le fonctionnement de la justice est-il défavorable aux personnes porteuses de troubles mentaux ?

Il existe en droit pénal une distinction légale entre les personnes dont le discernement a été aboli au moment de l'acte, qui sont considérées pénalement irresponsables de leurs actions, et les personnes qui ont agi avec leur discernement, jugées responsables. Pourtant, un rapport du Sénat datant de 2010 estime à 10% la part des détenus « pour lesquels la peine n'a guère de sens », c'est-à-dire dont on aurait pu juger que le discernement était aboli. (16)

Le nombre important de personnes a priori irresponsables en détention s'explique en partie par l'introduction en 1994 d'une troisième distinction entre discernement et abolition du discernement : l'altération, qui concerne « la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes » (17). Dans cette situation, la personne reste responsable même si, comme il a été évoqué précédemment, cette altération entraîne une réduction d'un tiers de la peine depuis 2014. Les limites entre abolition et altération du discernement étant floues, les experts psychiatres disposent ainsi d'une marge de manœuvre pour estimer si les individus sont punissables ou non en présence avérée d'un trouble impactant leur discernement. Différents auteurs se sont intéressés au rôle des experts psychiatres dans l'augmentation du nombre de malades en prison. Protais montre qu'on assiste à une responsabilisation des malades de la part des experts, qui déclarent de moins en moins de personnes irresponsables. L'auteure relève plusieurs raisons à ce phénomène (18,19). Il y a une volonté des psychiatres de banaliser les personnes atteintes de troubles psychiatriques et un traitement spécial ne ferait que renforcer leur différence aux veux de la société. Il existe également des incitations pratiques car l'individu qui a été déclaré irresponsable sera envoyé en hôpital psychiatrique alors que son accueil peut être compliqué à gérer pour l'hôpital. Le poids de la société joue également un rôle ; la médiatisation de certaines affaires commises par des personnes présentant des troubles entraîne en général une demande importante de répression de la part de la société et les experts peuvent être sensibles à la pression de cette dernière. De plus, comme le souligne Archer dans son article, La loi pénale n'est pas thérapeutique en soi (20), certains magistrats et experts psychiatres voient la

reconnaissance de la responsabilité du malade et son incarcération comme quelque chose de bénéfique pour le patient. Le fait d'avoir à assumer la conséquence de ses actes serait pour eux une première étape du processus de guérison.

En matière d'irresponsabilité, Zagury (21) souligne l'absence de « jurisprudence expertale ». C'est-à-dire que là où les experts concluent au même diagnostic psychiatrique, leurs avis divergent sur les conséquences que le diagnostic doit avoir en termes de responsabilité pénale. En l'absence de cadre établi, l'expert a donc en quelque sorte le choix entre responsabilité et irresponsabilité, ce qui explique les différentes controverses entre experts qui ont pu exister dans le cadre d'affaires judiciaires médiatisées. Protais précise qu'il faut malgré tout nuancer l'impact des expertises sur l'incarcération des malades mentaux puisqu'« on estime que l'avis d'un expert psychiatre ne joue pas dans plus de 40% des cas présents en prison (18) ». Un tiers des personnes incarcérées sont en détention provisoire et n'ont donc pas eu d'expertise ; 74% sont jugés en correctionnelle où l'expertise est facultative.

Pour Bérard et Chantraine, le rôle des experts psychiatres ne suffit pas à expliquer la hausse du phénomène d'incarcération des malades psychiatriques (22). Le nombre d'irresponsabilités prononcées a toujours été faible; son évolution n'a pas pu provoquer une telle augmentation du nombre de malades en prison. Pour ces auteurs, ce serait plutôt un changement dans la façon de rendre la justice et de soigner qui aurait entraîné une plus grande incarcération des personnes présentant des troubles mentaux. Comme nous le verrons par la suite, l'organisation actuelle des soins en psychiatrie a entraîné une marginalisation des patients difficiles et beaucoup d'entre eux se sont retrouvés à la rue. Dans un même temps, la volonté d'accélérer la justice, à l'origine par exemple de la comparution immédiate, a produit une plus grande pénalisation de la délinquance visible. Elle est souvent celle des populations marginalisées et c'est dans ces populations que l'on retrouve des malades psychiatriques qui n'ont pas été pris en charge par le système de soins. De plus, Bérard et Chantraine identifient une nouvelle dynamique institutionnelle au sein du monde judiciaire qui se traduit par le changement du sens donné à la sanction pénale. Il ne s'agirait plus de punir mais de neutraliser la menace pour la société. Et dans cette vision sécuritaire, la prison est plus efficace que l'hôpital psychiatrique : elle est mieux protégée contre les évasions, les peines sont plus longues et suite à l'introduction de la rétention de sûreté⁶, elle permet de garder incarcérés les détenus après le terme de leur peine au nom de la protection de la société. De plus, si le premier but de la prison n'est plus de punir, éviter une peine d'emprisonnement aux personnes non responsables de leur acte est moins justifié.

Le psychiatre A et le psychiatre C observent une idée répandue parmi certains de leurs collègues : appliquer une sentence aux personnes malades au même titre qu'aux personnes non malades serait bénéfique.

« Il y a beaucoup de psychiatres [...] qui disent que les malades mentaux ont droit à leur punition même s'ils étaient en dehors de la réalité au moment des faits. » « J'ai assisté à des séances au tribunal dans lequel le juge des enfants disait : « on ne peut quand même pas l'envoyer en prison [...] » et le psychiatre d'enfant et d'adolescent qui fait partie du tribunal qui dit : « il faut que la loi passe » comme si la loi était thérapeutique » [psychiatre A].

L'impact de l'organisation des soins

Y-a-t-il un lien entre les modifications importantes vécues par la psychiatrie depuis les années 1970 et l'augmentation du nombre de personnes malades en prison ?

Penrose avait émis l'hypothèse d'une corrélation entre l'augmentation du nombre de détenus et la diminution du nombre de lits en psychiatrie (23). Pour Thomas, la corrélation de Penrose n'est pas suffisante pour expliquer l'augmentation du nombre de détenus présentant des troubles psychiatriques. Mais même si la restructuration de la psychiatrie publique n'a pas eu d'impact direct sur l'augmentation du nombre de détenus en France, elle a bien eu un impact sur l'incarcération de certains malades psychiatriques puisque que cela a diminué l'accès aux soins de patients aux pathologies les plus lourdes et les capacités des services à les prendre en charge (24).

La transformation de la psychiatrie a eu lieu en France dans les années 1970 avec le processus de désinstitutionalisation. L'évolution des techniques de psychiatrie, notamment l'invention des neuroleptiques, ainsi que les restrictions budgétaires et l'évolution des mentalités au sujet de la

_

⁶ https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F18535

psychiatrie ont conduit à réduire l'utilisation de l'hospitalisation psychiatrique au profit de prises en charge alternatives plus proches du lieu de vie des patients et à organiser la psychiatrie en secteur. Ailam et al. montrent que cette désinstitutionalisation a marginalisé une partie des patients en psychiatrie (25). En effet, « le manque de préparation des intervenants, des patients et de la communauté en général et l'insuffisance de moyens d'accompagnement favorisent le retour massif et régulier à l'hôpital psychiatrique d'une partie des patients, l'isolement dans la communauté, voire leur disparition totale, les engorgements des services d'urgence, un usage abusif des médicaments, le recours aux toxiques de nouvelles populations de patients désinstitutionnalisés. » De plus, le moindre recours au séjour hospitalier et la diminution des durées de séjour ont entraîné un besoin d'investissement plus important des familles des malades. Ce besoin peut être un lourd fardeau et entraîner le rejet des patients par leur famille. Cela les conduira à l'errance, facteur de risque de délinquance.

Dubret (26) évoque l'absence de moyens efficaces pour accueillir certains malades plus compliqués à prendre en charge. En 2006, il n'y avait que 386 lits en Unités pour malades difficiles (UMD) dans l'ensemble de la France. La diminution du nombre de personnels en psychiatrie et à la féminisation du secteur entraînent des difficultés de prise en charge des patients les plus violents. Ceux-ci se retrouveront donc à la rue jusqu'à ce qu'ils commettent une infraction. Ainsi pour Marcel (27), la dangerosité des schizophrènes n'a pas augmenté; en revanche les modifications subies par la psychiatrie ont fait que sa capacité à faire face à la dangerosité de certains a diminué.

Comme le montre l'article de Fovet, la présence de malades en prison ne serait pas seulement liée aux formes de prise en charge des patients en psychiatrie mais aussi à l'accès aux soins des personnes porteuses d'un trouble mental. Une étude réalisée à la prison de Loos (Nord) montrait que parmi les entrants en détention qui présentaient des troubles psychiatriques ou une consommation abusive de drogues, « 70% ne bénéficiaient d'aucune prise en charge thérapeutique avant l'arrivée en prison » (28).

Les professionnels rencontrés ont également relevé trois effets de la désinstitutionalisation sur l'incarcération des personnes malades. Elle s'est accompagnée d'une diminution du financement du secteur psychiatrique et d'un accès plus difficile à la psychiatrie. Elle a également changé la perception de l'irresponsabilité pénale pour certains médecins.

- «[Avec la désinstitutionalisation] il y a clairement l'idée d'injecter des sous dans le secteur ouvert et de pouvoir développer beaucoup le secteur ouvert. Et que, dans les années 80, on était dans un contexte de crise économique. Donc en fait on a réduit des lits d'hospitalisation sans réinjecter de l'argent dans le secteur ouvert. Donc de fait le secteur ouvert n'a pas pu endosser toutes les missions qu'il devait endosser et donc on a eu un problème de ce côté-là »[sociologue].
- « Je pense sincèrement que la fermeture des lits psychiatriques a joué un certain rôle, non seulement dans le fait qu'il y ait des malades mentaux dans les rues [...] mais aussi qu'on voie beaucoup de malades mentaux en prison. Fermer les lits c'était bien mais les psychiatres sont tombés dans le piège du Ministère de la santé de voir dans la fermeture des lits un bénéfice, un avantage économique. Ce qui fait que même les psychiatres qui n'avaient pas de méthodes alternatives ou de lieu alternatif à proposer s'étaient vantés de fermer des lits » [psychiatre A].
- « Lorsqu'un enfant, pré-adolescent ou adolescent commence une maladie mentale très sévère ou bien fait des bouffées délirantes qui sont normalement sans lendemain, pour trouver un lieu d'hospitalisation ne serait-ce que pour un court instant c'est extrêmement difficile. Il y a des délais de consultation qui partent parfois jusqu'à 8 mois alors qu'on sait que pour un enfant tout va vite. Il faut trouver des solutions très rapidement sinon il se déstructure très vite » [psychiatre A].
- « C'est la seule discipline médicale où le temps de prise en charge est aussi long. En moyenne deux ans pour la schizophrénie, cinq pour la bipolarité et sept pour le trouble anxieux » [psychiatre B].
- Pour certains psychiatres, la désinstitutionalisation devrait également s'accompagner de la fin de l'irresponsabilité pénale.
- « [La désinstitutionalisation] ça va de pair avec pour eux une plus grande responsabilisation [...] et du coup aussi un détournement vers la prison parce que les malades ont fini par être condamnés parce que si tu les amènes à plus de liberté, ça veut dire aussi plus de responsabilité et du coup la pensée extrême de la psychiatrie désinstitutionnalisée, c'est le patient dans la cité, le patient qui doit être

comme tous les citoyens. Donc c'est très bien mais c'est aussi le patient qui doit, du coup ... il doit être jugé comme les autres et aller en prison comme tout le monde ».

« Il y a des médecins qui pensent que les irresponsabiliser c'est une forme de paternalisme médical, c'est une vision un peu asilaire, un peu paternaliste. On irresponsabilise pour protéger des patients alors qu'il faut responsabiliser les gens. S'ils ont toute leur place dans la cité même s'ils ont une pathologie, ils restent responsables et donc ils doivent être jugés comme tout le monde et s'ils ont fait quelque chose de mal ils doivent aller en prison » [psychiatre C].

Comme nous l'avons auparavant évoqué, l'état de la psychiatrie actuelle influence également les expertises psychiatriques. Le contexte de réduction du nombre de lits et de difficulté de prise en charge des malades difficiles peut donc pousser l'expert à préférer prononcer une altération du discernement. En effet, si quelqu'un est déclaré irresponsable, une hospitalisation d'office va alors être ordonnée, entraînant l'occupation d'un lit psychiatrique pour une durée indéterminée (13). En revanche, si l'expert choisit de le déclarer responsable, l'individu pourra être pris en charge par les services de soins psychiatriques en détention qui tendent à se développer. Ainsi, pour certains comme Brahmy ou Dubret (13,26), l'amélioration du système de soins psychiatriques au sein des prisons ne serait pas une bonne chose car cela légitimerait la présence des malades mentaux en prison et augmenterait de ce fait leur incarcération. Brahmy (29) estime à ce propos que si les UHSA (Unités d'hospitalisation spécialement aménagées) ont été créées, c'est parce que les psychiatres ne voulaient plus accueillir les détenus dans les hôpitaux.

Même si les professionnels rencontrés ne sont pas tous d'accord sur la question, il semble que l'amélioration des soins psychiatriques en prison ait une influence sur le choix des juges d'incarcérer ou non une personne ayant des troubles psychiatriques.

- « On ne peut pas dire que [la présence d'unité de soins psychiatriques] faisait rentrer des malades mentaux en prison, disons qu'on pouvait le faire avec plus de bonne conscience » [psychiatre A].
- « Je pense que c'est un effet pervers, c'est une utilisation perverse des UHSA par les magistrats » [psychiatre C].
- « Et puis si vous voulez maintenant il y a l'UHSA et tout ça, avant c'était parfois le questionnement "bah mince il n'y a pas de prise en charge" bah maintenant il y a une prise en charge qui est là. Donc on se dit "voilà, il présente des troubles donc on va l'orienter vers l'UHSA" » [directeur adjoint de prison].

Selon les médecins rencontrés, réduire l'incarcération des malades passerait par des changements du secteur psychiatrique. Pour le psychiatre B, la psychiatrie a un besoin de communication, de sensibilisation de la population. Il est nécessaire qu'elle change son image aux yeux de la société pour faciliter l'accès aux soins, d'une part, et permettre de développer la recherche et les financements dans le domaine, d'autre part. Pour le psychiatre C, il est également impératif de réaliser un travail en amont en améliorant la prévention primaire avec des programmes de repérage de la maltraitance.

« La maltraitance, les traumatismes infantiles tout ça c'est des facteurs de risque de pathologies psychiatriques et aussi [...] quand t'as été maltraité et que tu as subi de la violence physique c'est des facteurs de risque qui vont rentrer en compte dans tes comportements » [psychiatre C].

Les frontières délimitant la maladie mentale expliquent-elles la présence importante de personnes malades en détention ?

Est-ce que la définition donnée à la maladie mentale entraîne d'elle-même une incarcération des malades ? C'est une idée défendue par la sociologue Sicot (30). Cette dernière s'intéresse à la corrélation souvent existante entre la dangerosité et le trouble mental dans le sens où « la violence est à la fois le critère essentiel de la dangerosité et ... un symptôme de troubles mentaux ». Certains troubles seraient par définition liés à la violence. L'auteure prend l'exemple d'une étude de 1996 réalisée par Lovell et Fuhrer expliquant que comme les femmes violentes ne correspondent pas aux attentes associées à leur genre, elles « auraient des probabilités plus fortes d'être considérées comme souffrant de maladie mentale (31)». La surreprésentation des personnes ayant des troubles psychiatriques dépend également de ce qu'on fait entrer dans la catégorie des troubles mentaux.

Considérer certains actes illicites comme des troubles mentaux augmente *de facto* le pourcentage de malades incarcérés. C'est également une des conclusions des rédacteurs d'un rapport de 2001 destiné au ministère de la justice et au ministère de l'emploi et de la solidarité (32). Selon eux, il y aurait une tendance à inclure dans le champ de la maladie certains comportements illégaux, c'est notamment le cas des infractions à caractère sexuel telle que la pédophilie. On trouve en effet dans la classification internationale des maladies, 10^e édition (CIM 10), une catégorie pour « *troubles de la préférence sexuelle* », pathologisation qui entraîne de fait une présence importante en prison de personnes porteuses de trouble.

Les différents entretiens ont montré que la question de la définition de la maladie mentale était primordiale pour analyser le phénomène d'incarcération des personnes malades. En effet, la plupart des professionnels rencontrés se sont interrogés sur ce que nous incluons dans la maladie mentale dans le cadre de notre étude. Comme le souligne le psychiatre A:

« Il y a des psychiatres et des livres de psychiatrie qui excluent de la maladie mentale les psychopathes [...] donc forcément on trouve un taux très bas de malades incarcérés ».

Il explique d'ailleurs que ce que la société met derrière le terme de délinquance et de maladie mentale évolue en fonction des époques et des pays.

« Les gens ne sont pas malades mentaux par essence, ne sont pas détenus par essence. Ce sont des décisions sociales, des décisions de gestion sociale, des politiques de sécurité et de santé etc. » [psychiatre A].

En France, les liens entre la maladie mentale et l'incarcération se sont donc transformés en même temps que la conception de la folie et de la délinquance. Par exemple, « au lendemain de la révolution française, suite à la philosophie des Lumières, où l'on était persuadé qu'au fond l'homme est bon c'est la société qui le pervertit, on pensait vraiment que même les délinquants, tous les délinquants étaient des malades mentaux » [psychiatre A].

Analyses quantitatives de l'incarcération des patients psychiatriques

Nous avons recherché les études existantes calculant un taux d'incarcération des personnes ayant des troubles psychiatriques⁷. Nous avons trouvé deux études sur le sujet, toutes deux réalisées aux États-Unis. Une première étude conduite par Munetz en 2001 (33) s'intéresse, parmi les habitants d'un comté de l'Ohio, au pourcentage de personnes incarcérées, déclarées severely mentally disabled (SMD) par l'État en 1996. Munetz obtient un taux de 7,9% qu'il compare avec le taux d'incarcération de la population générale estimée à la hausse à 4,9%. L'auteur a également étudié un échantillon de 30 individus parmi les personnes SMD incarcérées. L'étude montre qu'il s'agit en majorité de cas de schizophrénie et d'infractions liées à l'usage de drogues.

La seconde étude a été réalisée par Hawthorne en 2012 (34). Ce dernier compare le nombre d'individus qui ont été vus au moins une fois par un service de psychiatrie du comté de San Diego durant l'année 2005-2006 parmi les individus incarcérés à San Diego la même année. L'auteur obtient un taux d'incarcération de 11,5%. La durée médiane de leur incarcération est de 3 jours. Hawthorne a également réalisé une régression logistique pour étudier les facteurs de risque d'incarcération et de réincarcération ainsi qu'une analyse de survie sur le temps entre la sortie de prison et le contact avec un service de psychiatrie.

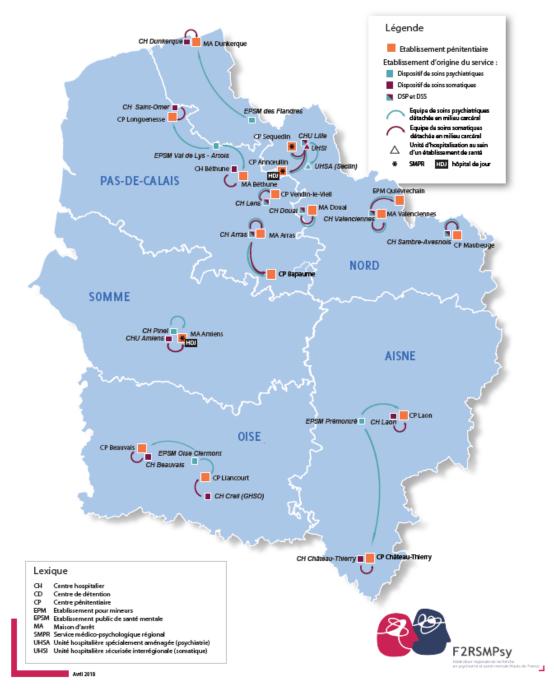
À notre connaissance, il n'existe pas d'étude européenne réalisée sur le sujet.

Recherche réalisée sur Pubmed parmi les résultats aux requêtes « Incarceration » et « Mental Health » dans le titre, « Incarceration » et « Psychiatric » dans le titre, « Jail » et « Psychiatric » dans le titre et « Incarceration » et « Mental disorders ».

L'organisation des soins en milieu pénitentiaire

Dans son chapitre II, la Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 prévoit que les soins en milieu pénitentiaire soient gérés par un centre hospitalier public situé à proximité du lieu de détention. Les soins ambulatoires sont dispensés au sein de la prison par une Unité de soins en milieu pénitentiaire (USMP) qui comprend un Dispositif de soins somatiques (DSS) et un Dispositif de soins psychiatriques (DSP).

Carte 1. Implantation des Unités de soins en milieu pénitentiaire et établissements de rattachement des Dispositifs de soins, somatiques et psychiatriques.



Exemple de lecture : au sein du Centre pénitentiaire de Château-Thierry, le Dispositif de soins somatiques relève du Centre hospitalier de cette même commune et le Dispositif de soins psychiatriques de l'EPSM de Prémontré. ...\..\..\Jeanne\Figures\Carte.PNG

Les établissements de santé ont l'obligation juridique de tenir un système d'information où est décrite leur activité. L'activité des USMP doit donc être recensée dans les bases de données médicales de leur établissement de rattachement.

Selon le code de procédure pénale, cette unité est chargée de « réaliser un examen médical systématique pour les personnes détenues venant de l'état de liberté » (35). Tous les entrants en détention sont donc normalement vus dans les plus brefs délais par les deux dispositifs de soins, sauf s'ils le refusent. Selon les cas, le DSS et le DSP relèvent ou non du même établissement de santé (cf. carte 1).

Objet

L'objectif principal de notre travail a été d'étudier la possibilité de créer un indicateur permanent mesurant le taux de personnes incarcérées parmi les patients suivis en psychiatrie, âgés de 18 ans et plus, dans les Hauts-de-France. Régulièrement renseigné, cet indicateur permettrait le suivi des politiques publiques en ce domaine.

Nous avons donc cherché à déterminer si, à partir de bases médico-administratives décrivant le recours aux soins, il était possible de calculer la part des personnes qui, dans la même année, étaient d'abord vues par un service de psychiatrie en milieu libre puis en milieu pénitentiaire.

Objectifs secondaires

Nous avons projeté d'analyser les caractéristiques des détenus décrits dans ces mêmes bases médicoadministratives (âge, sexe, diagnostic psychiatrique...) et de rechercher les facteurs significativement liés à des taux d'incarcération plus faibles ou plus élevés.

Matériel et méthodes

L'étude a comporté une enquête par entretien auprès d'experts, une analyse de bases médicoadministratives décrivant l'activité en milieu pénitentiaire et une enquête par questionnaire auprès de personnels chargés du codage de l'activité dans les services de psychiatrie et d'information médicale.

Matériel

Entretien auprès d'experts (6)

Dans le cadre de l'étude, nous avons rencontré six professionnels dont le métier est en lien avec l'incarcération des patients en psychiatrie (un/une sociologue, un/une magistrat-e, un/une directeur-trice adjoint-e d'un établissement pénitentiaire chargé-e du domaine de la santé et trois psychiatres travaillant ou ayant travaillé dans un service de soins pénitentiaires). Nous avons réalisé des entretiens en tête-à-tête ou par téléphone, d'une heure en moyenne, pour connaître leur point de vue sur les causes de l'incarcération des personnes présentant des troubles mentaux. La question initiale de l'entretien était : « Pouvez-vous me dire comment vous percevez les liens entre maladie mentale et incarcération ? »

Les bases médico-administratives

L'activité des services des établissements de santé est codée au quotidien dans deux bases de données et fait l'objet d'une synthèse annuelle.

Le RimP

Le Recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (RimP) est un système mis en place en 2007 mesurant l'activité psychiatrique des établissements de santé ayant une autorisation en psychiatrie. Le recueil comprend les hospitalisations complètes ou partielles ainsi que les actes ambulatoires⁸.

Dans le cadre de cette étude, nous avons utilisé les variables liées aux caractéristiques démographiques des patients pris en charge (âge, sexe, code postal de domicile), le secteur psychiatrique, le lieu de

⁸ Le Rim-P considère comme acte les entretiens, démarches, groupes, accompagnement et réunions cliniques pour un patient (échelle Edgar).

l'acte, le mode légal de soins et les diagnostics principaux et associés. Nous avons extrait tous les actes qui ont été réalisés dans les Hauts-de-France.

Les variables permettant de repérer les actes réalisés en milieu pénitentiaire

Selon la documentation officielle du RimP, plusieurs variables permettent de repérer les actes concernant une personne détenue.

- 1. <u>Le numéro du secteur ou de dispositif intersectoriel</u> : il s'agit d'un code à 5 caractères composé du numéro de département, du type de secteur et du numéro de secteur. Dans le cas d'un secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire, le secteur est codé par la lettre « P » (ex : 59Po1 pour une USMP dans le Nord).
- Dans les faits, cette notation n'est utilisée que par trois établissements des Hauts-de-France : le CHU de Lille, le CH Pinel d'Amiens et l'EPSM/CHI de l'Oise.
- 2. <u>Le lieu de l'acte</u> : cette variable n'existe que pour les actes ambulatoires. Un acte qui a lieu en détention doit être codé « Lo6 ».
- Cette notation est utilisée par l'ensemble des USMP de la région mais elle exclut les actes réalisés en détention par un Centre d'activité thérapeutique à temps partiel (CATTP), codés « l 11 ».
- 3. <u>Le mode légal de soins</u>: dans le cadre d'un séjour, le mode légal de soins doit être codé « 6 » quand il s'agit d'une personne détenue. Dans les Hauts-de-France, le séjour peut avoir lieu dans un établissement de santé ordinaire, en hôpital de jour en milieu pénitentiaire ou dans un établissement spécifique: l'Unité d'hospitalisation spécialement aménagée (UHSA), implantée à Seclin (Nord).
- 4. <u>Le code Z651</u>: les actes réalisés sur un patient détenu doivent avoir comme diagnostic associé par convention le code Z651 de la CIM 10 (« Difficultés liées à un emprisonnement et autre incarcération ».
- Dans le RimP, nous avons observé que le code Z651 est utilisé parfois comme diagnostic principal, parfois, mais assez rarement, comme diagnostic associé.

Dans cette étude, nous avons retenu les actes réalisés en détention (lieu = Lo6) ou les secteurs en milieu pénitentiaire (code P) pour considérer que les soins avaient concerné des personnes détenues⁹. Ce choix s'est appuyé sur une comparaison du RimP avec d'autres sources de données ainsi que sur le point de vue des professionnels entretenus (cf. Figure 1, p. 17).

Chaque personne prise en charge se voit attribuer un numéro d'Identification permanent du patient (IPP) par l'établissement où il est pris en charge ; ce numéro est reporté à chaque séjour ou acte ambulatoire du patient.

La SAE

La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) est une collecte de données réalisée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), direction de l'administration centrale des ministères sanitaires et sociaux. Les établissements de santé ont l'obligation de transmettre, annuellement, les informations administratives de leur établissement. Il s'agit d'«informations sur leur activité, leurs capacités, leurs équipements, et leurs personnels médicaux et non-médicaux »¹⁰.

Le PMSI-MCO

Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) est le système de recueil des établissements de soins de courte durée en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO). Il a essentiellement un but financier avec un système de tarification à l'activité. Les établissements de santé doivent renseigner le PMSI-MCO pour les hospitalisations de court séjour mais pas pour les consultations externes. Des informations administratives et médicales sont recueillies à la fin d'un séjour en hospitalisation.

⁹ Les personnes ayant connu un séjour psychiatrique décrites ont toutes connu au moins un acte ambulatoire référencé dans le RimP.

¹⁰http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/etablissements-de-sante-sociaux-et-medico-sociaux/article/la-statistique-annuelle-des-etablissements-sae.

Les données de l'administration pénitentiaire

Parallèlement aux bases médico-administratives, nous avons utilisé les données de la Direction interrégionale des services pénitentiaires (Disp) de Lille sur le nombre d'entrées dans les établissements pénitentiaires de la région en 2015, 2016 et 2017.

Enquête auprès des professionnels en charge du codage de l'activité de soins

Une enquête par questionnaire¹¹ a été réalisée, le plus souvent par téléphone, auprès des USMP et leur établissement de rattachement de l'ensemble des établissements pénitentiaires des Hauts-de-France ayant une maison d'arrêt (au nombre de 12). Nous n'avons pas interrogé d'autre type d'établissement pénitentiaire car toutes les personnes nouvellement incarcérées passent par une maison d'arrêt avant d'être éventuellement affectées dans un autre établissement. Toute personne détenue est donc en théorie vue au moins une fois par une unité de soins d'une maison d'arrêt. De plus, contrairement aux autres établissements pénitentiaires, les affectations dans les maisons d'arrêt se font, en général, selon le lieu de commission de l'infraction. Il semble donc plus efficace de s'intéresser aux maisons d'arrêt pour repérer les personnes ayant été vues par un service psychiatrique dans les Hauts-de-France.

L'enquête a porté sur l'organisation du recueil de données, leur codage et le point de vue des professionnels sur la qualité et la fiabilité des informations du RimP. Nous avons interrogé, au sein des unités de soins, les personnes codant les consultations d'entrée. Puis nous avons interrogé les Départements de l'information médicale (Dim) des établissements de santé dont ils dépendent. Il s'agit du service hospitalier chargé du recueil, du traitement et de l'exploitation des données de l'établissement de santé alimentant le RimP.

Le questionnaire a été composé de quatre parties :

- 1. <u>L'organisation du recueil de l'activité au sein de l'USMP</u> : nous avons récolté des données descriptives sur le parcours de l'information et les pratiques des professionnels.
- 2. <u>Les codes utilisés dans la base de données</u>: ces questions nous ont servi à déterminer comment repérer les actes qui ont eu lieu en détention dans le RimP et nous ont aidé à choisir les critères d'extraction les plus efficaces parmi les différentes possibilités vues précédemment.
- 3. <u>Les indicateurs d'activité</u> : nous avons interrogé les professionnels sur la file active de l'USMP en 2015, 2016 et 1017 ainsi que le nombre d'actes réalisés ces mêmes années. Nous avons ainsi pu comparer ces informations avec les résultats obtenus à travers le RimP.
- 4. <u>L'exhaustivité des données</u> : on s'intéresse ici à la part des nouveaux arrivants effectivement vus par le service de soins et à la part effective du codage des actes réalisés. Ainsi, nous pouvons apprécier dans quelle mesure le RimP permet de repérer l'ensemble des personnes arrivant en détention.

Pour chaque USMP nous avons pu interroger un technicien et/ou médecin du Département d'information médicale (Dim) et un professionnel de santé.

Méthodes et analyses statistiques

Dans les établissements gérant au moins une USMP dans les Hauts-de-France¹², une personne suivie en psychiatrie en 2015-2016 a été considérée comme incarcérée dans l'année si elle était décrite par l'USMP dans les 12 mois suivant le 1^{er} acte ambulatoire ou séjour en milieu libre (dans le RimP), le chaînage entre les individus se faisant sur l'identifiant patient (IPP).

Estimation de l'exhaustivité par rapprochement des effectifs

Le taux d'exhaustivité a été défini comme le rapport entre le nombre de personnes distinctes décrites dans le RimP en 2016 et le nombre d'entrées décrites par l'administration pénitentiaire dans le même établissement la même année.

_

¹¹ Cf. questionnaire, p 46.

¹² Soit 10 établissements : les CH d'Arras, de Douai, de Sambre-Avesnois, et de Valenciennes ; le CHU de Lille ; les EPSM de l'Oise, des Flandres, de Val de Lys – Artois, Philippe Pinel (Amiens) et de l'Aisne (Prémontré).

Le point de vue des professionnels enquêtés a également été recueilli sur cette question.

Calcul du taux d'incarcération à partir des bases de données médicoadministratives

Le taux d'incarcération a été défini comme le rapport entre le nombre de patients incarcérés (dans les 12 mois suivant le 1^{er} acte ambulatoire ou séjour) et le nombre total de patients décrits dans le RimP en milieu libre. Les individus sont considérés comme des patients vus par un service de soins s'ils ont connu un acte décrit par le RimP. Afin de sélectionner uniquement les personnes porteuses de troubles psychiatriques antérieurement à leur entrée en détention, l'étude considère comme patients les personnes dont la première description dans le RimP durant la période d'observation est un acte en milieu libre. Ceux-ci sont considérés comme incarcérés s'ils ont été décrits en détention dans une période de 12 mois suivant le premier acte en milieu libre¹³.

Probabilité d'incarcération en fonction du temps écoulé depuis le premier acte en milieu libre

La probabilité d'incarcération a été étudiée par analyse de survie (méthode de Kaplan-Meier), durant la période 2015-2016

Pour chaque patient, nous avons établi comme date d'entrée la date à laquelle le patient a été décrit pour la première fois dans le RimP durant la période d'observation. La durée de suivi a été définie comme suit :

- Date de 1^{er} acte en milieu pénitentiaire date d'entrée, pour les patients décrits en UMSP ;
- 31/12/2016 date d'entrée, pour les patients non décrits en DSP.

Nous avons réalisé des analyses de survie, simples, puis stratifiées, par sexe, âge, diagnostic, antécédents judiciaires et antécédents psychiatriques.

Les facteurs de risque d'incarcération selon le modèle de Cox

Les variables pour lesquelles les analyses de survie introduisaient une valeur du p du log-rank inférieure à 20% (p<0,2) sur la probabilité d'incarcération ont été introduites dans un modèle de Cox.

Résultats

Seront successivement présentés l'utilisation des variables propre à l'activité en milieu pénitentiaire dans le RimP, les enseignements de l'enquête par questionnaire auprès des professionnels, l'exhaustivité estimée du codage de l'activité psychiatrique en milieu pénitentiaire, les caractéristiques des patients décrits dans le RimP et le taux d'incarcération des personnes souffrant de troubles mentaux.

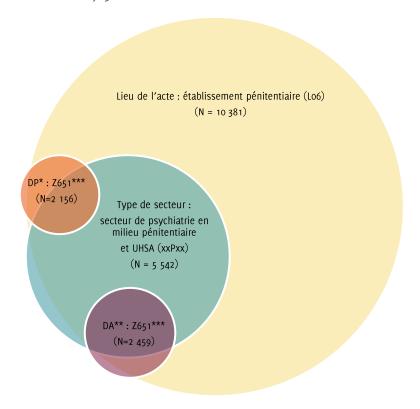
Sélection de la population incarcérée à partir du RimP

A priori, chaque acte réalisé en milieu pénitentiaire doit rassembler tous les critères précédemment cités. Dans la réalité, les extractions réalisées selon chacun des critères ne sont pas concordantes.

Nous avons observé que toutes les personnes détenues décrites dans la table des séjours du RimP en 2016 ont également été décrites dans la table des actes ambulatoires de 2016. Nous avons choisi d'utiliser seulement la table ambulatoire afin de repérer l'ensemble des individus détenus.

¹³ N'étant pas vues en début de peine, les personnes condamnées sans être incarcérées (semi-liberté, placement sous surveillance électronique, sursis ...) n'entrent pas dans le champ de l'étude.

Figure 1. Nombre d'individus majeurs décrits en détention dans le RimP selon différents critères d'extraction. Hauts-de-France. 2016. N = 10 785.



^{*} DP = diagnostic principal - * DA = diagnostic associé - ***Code Z651 (CIM 10) = Difficultés liées à un emprisonnement et autre incarcération Source : RimP. Traitement : F2RSM Psy. C:\leanne\Figures\Schéma critères d'extraction.docx

Exemple de lecture : sur les 10 785 individus majeurs décrits comme détenus par au moins une variable, 2 156 ont eu comme diagnostic principal le code Z651.

En sélectionnant les actes avec Lo6 comme lieu ou/et un secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire, nous obtenons un résultat de 10 640 actes sur les 10 785 sélectionnés au départ soit 98,7% d'entre

Les réponses aux questionnaires

Les pratiques de codage des professionnels

Les pratiques des USMP dans le codage de l'information sont très hétérogènes d'une maison d'arrêt à une autre. Il en est de même de sa qualité. Cela dépend notamment du système mis en place pour recueillir l'information. Certaines USMP ont des systèmes de codage avec un logiciel prérempli tandis que d'autres utilisent des fiches papiers transportées ensuite à l'hôpital.

Rencontre des entrants

Dix services sur douze rencontrent tous les entrants. Un service rencontre seulement les arrivants qui leur sont signalés; un autre service psychiatrique fait passer un questionnaire aux nouveaux détenus pour repérer d'éventuels troubles psychiatriques. Les cas de refus de l'entretien d'entrée sont très rares; de plus, plusieurs professionnels rencontrés nous ont signalé que des patients ayant initialement refusé l'entretien s'étaient finalement rapprochés du service en cours de détention.

Codage de l'activité

Sur les 12 USMP interrogées, 10 ont déclaré coder leur activité dans le RimP. Une unité ne recueille pas l'activité médicale actuellement mais prévoit de le faire dans le futur et une autre a déclaré ne plus coder (le psychiatre rencontré justifiant cet arrêt par manque de temps).

Une unité interrogée rencontre tous les entrants en détention lors d'un circuit arrivant mais ne code pas ces premières consultations. Seuls les détenus qui seront revus par le service sont codés. Trois autres établissements déclarent une exhaustivité de codage inférieur à 100% mais comprise entre 95 et 98%.

Ainsi, sur les douze maisons d'arrêt concernées, la moitié d'entre elles déclare une exhaustivité totale du codage des nouveaux arrivants en détention.

Contrôle qualité

Huit USMP sur les dix qui recueillent l'information, ont une procédure de vérification des données (soit au niveau de l'USMP, soit au niveau du Dim). L'IPP, identifiant patient propre à chaque établissement, est employé. Plusieurs unités de soins déclarent utiliser la variable UF (correspondant à l'unité fonctionnelle) pour différencier l'USMP dans la base de données. Malheureusement ces informations sont transmises à l'Agence technique de l'information médicale (ATIH) mais ne font pas partie des données livrées avec le RimP. Nous ne pouvons donc pas utiliser cette variable dans notre étude.

Deux établissements déclarent utiliser systématiquement un numéro de secteur pénitentiaire pour différencier les actes réalisés par une USMP. Autrement, c'est le lieu de l'acte en « Lo6 » qui est majoritairement utilisé. Une autre unité de soins déclare utiliser la variable 6 comme mode légal de soins pour les actes ambulatoires réalisés par l'USMP.

Tableau 1. Récapitulatif des pratiques d'entretiens et de codage par les 12 USMP enquêtés.

	Systématique : 10/12		
Rencontre des entrants	Sur signalement : 1/12		
Kenconite des critains	Si repérage de troubles dans le questionnaire remis à l'entrée : 1/12		
	Systématique : 8/12 ¹⁴		
	Uniquement actes à l'entrée : 1/12		
Codage de l'activité	Uniquement actes de suivi (pas actes à l'entrée) : 1/12		
	Pas actuellement : 1/12		
	Plus actuellement : 1/12		
Contrôle qualité	Vérification : 8/10		
Codos amployás	Emploi du code Lo6 (pour acte en milieu carcéral) : 8/10		
Codes employés	Emploi du code P (pour secteur en milieu pénitentiaire) : 2/10		
	0%: 2/12		
Exhaustivité du codage estimée par les professionnels	75% : 1/12		
(cf questionnaire, p.38)	95% et plus : 3/12		
	100% : 6/12		

Exhaustivité du codage selon les déclarations des soignants

Le pourcentage théorique d'entrants en prison décrits dans le RimP est calculé à partir des déclarations des professionnels et du nombre d'entrants dans l'établissement pénitentiaire en 2016.

_

¹⁴ Sur les 10 USMP rencontrant systématiquement les entrants

Tableau 2. Calcul théorique du nombre d'entrants décrits dans le RimP à partir des réponses aux questionnaires et des chiffres de la Disp.

Part estimée des entrants vus par l'USMP*	Exhaustivité estimée du codage des entrants*	Entrées en 2016 **	Entrants théoriquement codés
100%	70%	1 128	790
100%	100%	1 461	1 461
0%	0%	239	0
100%	100%	1 743	1 743
0%	0%	686	0
100%	97%	2 868	2 782
99%	100%	883	874
50%	95%	508	241
100%	100%	946	946
75%	98%	1 200	882
100%	100%	552	551
100%	100%	789	789
		13 003	11 059
	entrants vus par l'USMP* 100% 100% 0% 100% 0% 100% 99% 50% 100% 75% 100%	entrants vus par l'USMP* du codage des entrants* 100% 70% 100% 100% 0% 0% 100% 0% 100% 97% 99% 100% 50% 95% 100% 100% 75% 98% 100% 100%	entrants vus par l'USMP* 100% 70% 1 128 100% 100% 100% 1 461 0% 0% 239 100% 1 743 0% 0% 686 100% 97% 2 868 99% 100% 100% 883 50% 95% 508 100% 100% 100% 946 75% 98% 1 200 100% 100% 552 100% 789

^{*} Enquête F2RSM Psy 2018 - ** Direction interrégionale des services pénitentiaires (Disp) 2016 - MA : maison d'arrêt – CP : centre pénitentiaire.

Sources: RimP, SAE. Traitement: F2RSM Psy. ..\..\..\leanne\Figures\Tableau RimP.xlsx

Exemple de lecture : au CP d'Annœullin, la part des entrants vus par l'USMP a été estimée à 100%, la part des entrants codés dans le RimP à 70% ; le nombre d'entrées dans cet établissement en 2016 a été de 1128, d'où un effectif théorique de 790 personnes vues par l'USMP codées dans le RimP.

En divisant le nombre total des entrées en 2016 selon la Disp par le nombre total d'entrants théoriquement codés, nous obtenons un taux de codage théorique de 85,0% (des personnes détenues dans les Hauts-de-France).

PMSI

Les soins somatiques au sein des USMP étant considérés comme des consultations externes, le PMSI-MCO n'a finalement pas pu être utilisé dans cette étude.

Exhaustivité du RimP

Le nombre d'entrants en prison

Tous les entrants en détention étant normalement vus par l'USMP, il devrait théoriquement y avoir au moins autant d'individus vus par l'unité de soins en 2016 que d'entrants. En réalité, contrairement aux données du RimP, l'administration pénitentiaire comptera plusieurs fois un même individu qui est entré et sorti d'un même établissement pénitentiaire la même année. Selon les différents professionnels rencontrés, ce phénomène d'aller et retour sur une même année est assez courant, notamment au sein des maisons d'arrêt.

De plus, les maisons d'arrêt de la région ont parfois un quartier de semi-liberté qui peut correspondre à environ 5% de leur capacité d'accueil. Les personnes soumises à un régime de semi-liberté ne dépendent pas des USMP et ne font pas d'examens médicaux à l'entrée. Malheureusement, à la différence des centres de semi-liberté, la séparation n'est pas faite dans les données de l'administration pénitentiaire, entre les entrants en maison d'arrêt en milieu fermé ou en semi-liberté. Comparer le nombre de personnes vues par les USMP selon le RimP au nombre d'entrants selon la DISP ne nous permet donc pas de déduire l'exhaustivité exacte du codage mais d'en avoir un ordre d'idée.

Tableau 3. Nombre de personnes décrites dans le Rimp¹⁵ par les 10 établissements de santé des Hauts-de-France intervenant en milieu pénitentiaire et nombre d'entrées dans les établissements pénitentiaires où ils interviennent en 2016.

Établissement de santé	Décrits dans le RimP	Entrées en détention	Décrits RimP/entrées
CH Arras	353	948	37,2%
CH Douai	872	1 200	72,7%
CH Philippe Pinel	940	883	106,5%
CH Sambre-Avesnois	3	686	0,4%
CH Valenciennes	912	1 020	89,4%
EPSM/CHI Clermont	1 883	1 935	97,3%
CHU Lille	2 783	3 996	69,6%
EPSM des Flandres	373	552	67,6%
EPSM Val de Lys - Artois	2 082	2 689	77,4%
EPSM de l'Aisne - Prémontré	893	999	89,4%
Total	11 094	14 908	74,4%

Sources: RimP, DISP de Lille. Traitement: F2RSM Psy. C:\leanne\Figures\Tableau RimP.xlsx

Exemple de lecture : le CH Arras a décrit 353 personnes pour un acte ambulatoire en détention et a accueilli 948 nouveaux détenus, ce qui donne une exhaustivité théorique de 37,2%.

Par cette seconde méthode (codage réellement enregistré dans le RimP et non plus taux estimés par les professionnels interrogés), la sensibilité du RimP peut être estimée à 74,4% (un quart des entrants ne seraient donc pas codés dans le RimP).

La Statistique d'activité des établissements (SAE)

Dans la SAE sont décrits le nombre d'actes ambulatoires réalisés par les services de psychiatrie en milieu pénitentiaire et le nombre de personnes distinctes (file active) qu'ils concernent. Dans les deux tableaux qui suivent, ces effectifs sont comparés à ceux qu'il est possible d'extraire du RimP.

Tableau 4. Nombre d'actes réalisés en milieu pénitentiaire en 2016 par les 10 établissements de santé des Hautsde-France intervenant en milieu pénitentiaire selon la SAE et le RimP (population majeure et mineure)¹⁶

_

¹⁵ Actes codés avec lieu = L06 ou code secteur = P (cf. p 14).

¹⁶ La SAE ne distingue pas les actes ambulatoires réalisés par les personnels de psychiatrie en milieu pénitentiaire selon l'âge des bénéficiaires.

Établissement de santé		RimP	Rapport RimP/SAE	RimP	
		(Z651, L06 et/ou 00P00)		(Lo6 et/ou xxPxx)	Rapport RimP/SAE
CH Arras	1 683	1 751	104,0%	1 692	100,5%
CH Douai	4 032	4 188	103,9%	4 032	100,0%
CH Philippe Pinel	NR	24 487	NV	24 479	NV
CH Sambre-Avesnois	NR	66	NV	3	NV
CH Valenciennes	4 100	4 260	103,9%	4 100	100,0%
EPSM/CHI Clermont	76 887	78 786	102,5%	78 751	102,4%
CHU Lille	16 081	16 500	102,6%	16 477	102,5%
EPSM des Flandres	1 477	1 654	112,0%	1 477	100,0%
EPSM Val de Lys - Artois	NR	11 807	NV	11 491	NV
EPSM de l'Aisne - Prémontré	18 712	19 042	101,8%	18 712	100,0%
Total	122 972	126 181	102,6%	125 241	101,9%

CH: centre hospitalier - CHU: centre hospitalier universitaire - EPSM: établissement public de santé mentale - NR: données non renseignées - NV: calcul non valable - Z651: acte ayant pour diagnostic principal ou associé la valeur Z651 - Lo6: acte ayant pour lieu de l'acte la valeur Lo6

Source : RimP, SAE. Traitement : F2RSM Psy. C:\Jeanne\Figures\Tableau RimP.xlsx

Exemple de lecture : le nombre d'actes réalisés en détention décrit dans le RimP par le CH Arras, selon le premier critère d'extraction représente 104,0% du nombre d'actes renseignés dans la SAE.

Tableau 5. Nombre d'individus décrits en milieu pénitentiaire en 2016 par les 10 établissements de santé des Hauts-de-France intervenant en milieu pénitentiaire selon la SAE et le RimP (population majeure et mineure)¹⁷

Établissement de santé	SAE	RimP		RimP		
		(Z651, Lo6 et/ou ooPoo)	Rapport RimP/SAE	(Lo6 et/ou ooPoo)	Rapport RimP/SAE	
CH Arras	NR	367	NV	353	NV	
CH Douai	735	887	120,7%	872	118,6%	
CH Philippe Pinel	940	942	100,2%	940	100,0%	
CH Sambre-Avesnois	230	3	1,3%	3	1,3%	
CH Valenciennes	914	928	101,5%	912	99,8%	
EPSM/CHI Clermont	1 883	1 886	100,2%	1 883	100,0%	
CHU Lille	3 075	2 784	90,5%	2 783	90,5%	
EPSM des Flandres	371	404	108,9%	373	100,5%	
EPSM Val de Lys - Artois	1 951	2 137	109,5%	2 082	106,7%	
EPSM de l'Aisne - Prémontré	893	897	100,4%	893	100,0%	
Total	10 762	10865	101,0%	10 738	99,8%	

Sources: RimP, SAE. Traitement: F2RSM Psy. C:\|eanne\|Figures\Tableau RimP.xlsx

Exemple de lecture : le nombre d'individus décrits en milieu pénitentiaire dans le RimP par le CH Douai, selon le premier critère d'extraction, représente 120,7% du nombre d'individus renseignés dans la SAE.

La comparaison avec les données de la SAE confirme les résultats de l'enquête par questionnaire sur le choix des critères d'extraction. C'est en utilisant le lieu de l'acte et le secteur pénitentiaire que l'on obtient les résultats les plus proches des déclarations faites à la SAE. Ils nous permettent a priori de repérer 99,8% des détenus vus par les services de soins en détention et 101,9% des actes réalisés.

La population incarcérée décrite dans le RimP

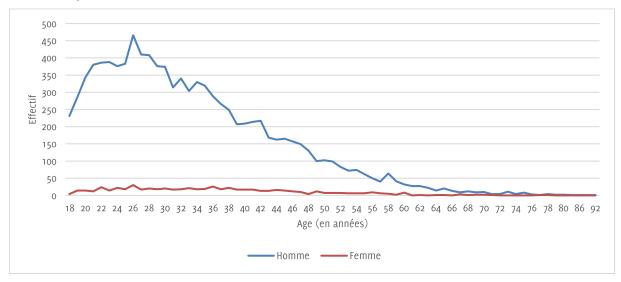
10 638 personnes majeures domiciliées (avant leur incarcération) dans les Hauts-de-France ont été décrites en détention dans le RimP en 2016.

¹⁷ La SAE ne distingue pas les patients vus par les personnels de psychiatrie en milieu pénitentiaire selon leur âge.

RimP. Les caractéristiques des patients décrits par les USMP

La population pénale décrite dans le RimP est essentiellement masculine (94% d'hommes) et jeune. L'âge moyen est de 34 ans et l'âge médian de 31 ans. Quel que soit le sexe c'est l'âge de 26 ans qui est le plus représenté parmi les détenus (cf. Figure 2).

Figure 2. Distribution par âge et sexe des personnes détenues majeures décrites dans le RimP. Hauts-de-France. 2016. N=10 638.



Source: RimP. Traitement: F2RSM Psy.

Tableau 6. Répartition des personnes détenues selon leur sexe et leur âge. Hauts-de-France* et France**.

		Hauts-de-France*			France**
		Effectif	%	Effectif	%
Sexe	Hommes	10 024	94,2%	73 951	96,5%
	Femmes	614	5,8%	2 650	3,5%
Age	18-24 ans	2 488	23,4%	17 829	22,8%
	25-29 ans	2 145	20,2%	15 958	20,5%
	30-39 ans	3 191	30,0%	22 717	29,1%
	40 ans et plus	2 814	26,5%	21 523	27,6%
Total		10 638	100%	76 601	100%

Sources : * RimP - ** Ministère de la justice¹⁸ (2016 pour le sexe, 2017 pour l'âge) - Chi2 (sexe)=137,9 - p<0,001. Chi2 (âge) =8,4 - p=0,03 C:\Jeanne\Figures\Tableau RimP.xlsx ..\..\..\..\genue\Figures\Caractéristiques population.xlsx

La proportion de femmes décrites dans le RimP dans les Hauts-de-France (94,2%) est légèrement inférieure à celle des entrantes en détention décrites par le Ministère de la justice (96,5%), différence non significative cependant ; elle pourrait s'expliquer par une plus grande proportion de quartiers pour femmes dans les Hauts-de-France qu'à l'échelle nationale. La répartition par âge est en revanche très proche entre les Hauts-de-France en 2016 et en France en 2017 (les données par âge pour 2016 n'étant pas disponibles).

Les diagnostics principaux et associés

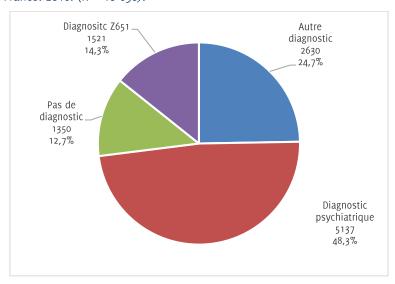
Nous avons étudié les diagnostics principaux des individus lors de leur première consultation en USMP pour l'année 2016. Celle-ci peut être l'examen d'entrée, durant lequel un trouble mental pourra ou non être diagnostiqué, ou un entretien de suivi de la personne détenue¹⁹. Nous avons également étudié la

¹⁸ http://www.justice.gouv.fr/art_pix/stat_CC%202016.pdf http://www.justice.gouv.fr/art_pix/stat_Chiffres%20Cl%E9s%202017.pdf

¹⁹ Le RimP ne permet pas de connaître le contexte de l'entretien (entrée ou suivi).

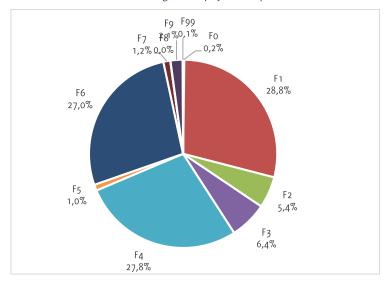
présence de chaque type de diagnostic psychiatrique parmi les diagnostics principaux et associés des personnes détenues.

Figure 3. Répartition des personnes détenues décrites dans le RimP selon le diagnostic principal codé lors du 1^{er} entretien. Hauts-de-France. 2016. (N = 10 638).



Source: RimP. Traitement: F2RSM Psy. ...\.._\Jeanne\Figures\dp.xlsx

Figure 4. Répartition du diagnostic principal des détenus décrits dans le RimP dont le diagnostic principal lors de la première consultation en détention était un diagnostic psychiatrique. Hauts-de-France. 2016. N=5 137.

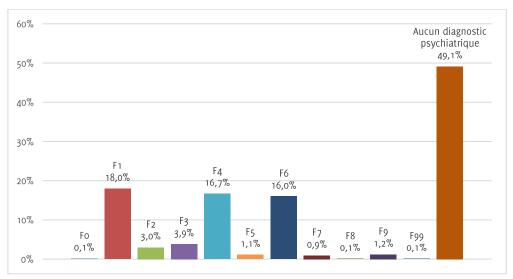


Fo : troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques - F1 : troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives - F2 : schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants - F3 : troubles de l'humeur [affectifs] - F4 : troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes - F5 : syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques - F6 : troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte - F7 : retard mental - F8 :

troubles du développement psychologique - F9 : troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence - F99 : trouble mental, sans précision

Source: RimP. Traitement: F2RSM Psy. ..\..\.Jeanne\Figures\dp.xlsx

Figure 5. Fréquence des diagnostics posés durant le 1^{er} acte décrit en détention. Hauts-de-France. 2016. (N= 10 638)



Source: RimP. Traitement: F2RSM Psy. C:\Jeanne\Figures\diag.xlsx

Exemple de lecture : 18,0% de la population carcérale décrite dans le RimP en 2016 se sont vu poser un diagnostic F1 (addiction) durant le 1er acte décrit en 2016.

La moitié des personnes ont au moins un diagnostic psychiatrique au cours de la 1^{re} consultation décrite dans le RimP. Les diagnostics les plus fréquents, les addictions (F1), sont décrites chez environ une personne sur cinq, les troubles névrotiques (F4), et les troubles de la personnalité et du comportement (F6), chez environ une personne sur six.

La prise en charge par le service psychiatrique

Les 10 638 personnes décrites par les USMP ont bénéficié de 159 977 actes en 2016, soit une moyenne de 15 (minimum : 1, médiane : 3, maximum : 719). 28,7% d'entre elles sont vues une seule fois par l'USMP en 2016.

..\..\..\Jeanne\Figures\Caractéristiques population.xlsx

Le taux d'incarcération établi à partir du RimP

Parmi les 103 572 patients décrits dans le RimP en milieu libre dans les Hauts-de-France en 2016 (dans les établissements intervenant en milieu pénitentiaire), 519 sont décrits en milieu pénitentiaire dans l'année qui suit, soit un taux d'incarcération de 6,3‰; ce taux varie de 3,4 à 13,3‰ selon les établissements (cf. Tableau 7).

Tableau 7. Part des patients décrits par les USMP (en détention) qui l'avaient été antérieurement en milieu libre par le service de psychiatrie du même établissement*.

Établissement de santé	Taux d'incarcération*
CH Arras	6,4 ‰
CH Douai	3,9 ‰
CH Philippe Pinel	9,4 ‰
CH Valenciennes	13,3 ‰
EPSM/CHI de l'Oise	5,2 ‰
CHU de Lille	6,2 ‰
EPSM de l'Aisne	4,2 ‰
EPSM des Flandres	3,4 ‰
EPSM Val-de-Lys Artois	7,0 ‰
Moyenne 9 établissements	6,3 ‰

Source: RimP. Traitement: F2RSM Psy. ..\..\.|eanne\Figures\TauxParEtab.xlsx

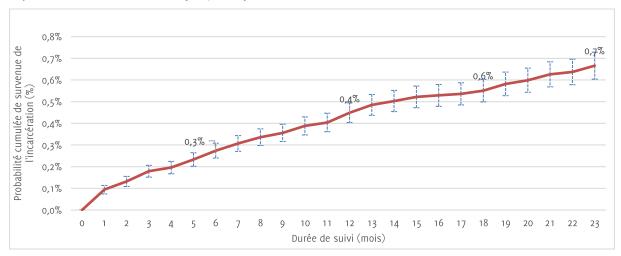
Exemple de lecture : 6,4 ‰ des personnes vues en service de psychiatrie par le CH Arras en 2016 ont été incarcérées dans les 12 mois dans un établissement pénitentiaire couvert par ce CH*.

Probabilité d'incarcération des patients de l'Oise

Le bassin de recrutement de l'EPSM/CHI de l'Oise étant sensiblement identique à celui des établissements pénitentiaires dans lequel il intervient (cf. carte 1) et le codage de l'établissement étant très exhaustif, nous avons réalisé une analyse de survie sur la probabilité pour un patient vu par l'EPSM/CHI de l'Oise en 2015 ou en 2016 d'être incarcéré dans une maison d'arrêt de l'Oise²⁰. Il y a 25 029 individus étudiés.

²⁰ La probabilité cumulée d'un événement n'est pas identique à un simple taux ; les valeurs à 12 mois présentées dans ce chapitre sont donc distinctes de celles du Tableau 7 (dans les analyses de survie, la durée de suivi peut varier selon chaque individu).

Figure 6. Probabilité cumulée d'incarcération des patients de l'EPSM/CHI de l'Oise selon le nombre de mois écoulés depuis la 1^{re} date de suivi (N = 25 029). 2015-2016.

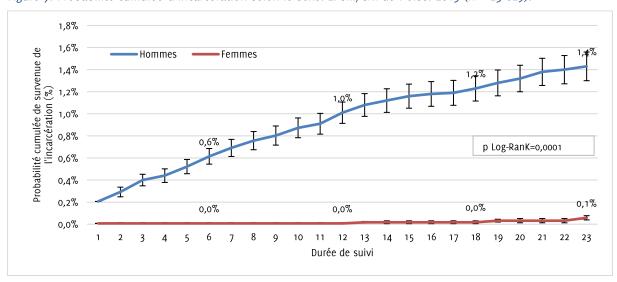


Source : RimP. Traitement : F2RSM Psy. Résultats analyses de survie.xlsx

Exemple de lecture : 12 mois après la 1^{re} date de suivi de la période d'étude, la probabilité pour un patient d'être incarcéré est de 0,45% dans un intervalle de confiance compris entre en 0,40 et 0,50%.

Des hommes beaucoup plus touchés par les incarcérations

Figure 7. Probabilité cumulée d'incarcération selon le sexe. EPSM/CHI de l'Oise. 2015 (N = 25 029).

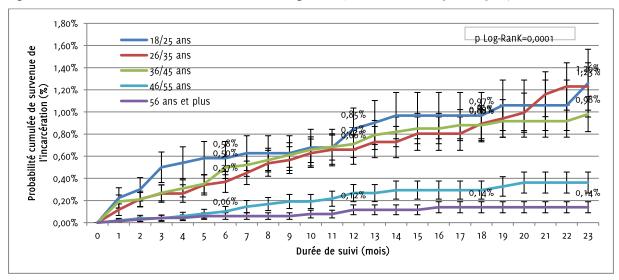


Source : RimP. Traitement : F2RSM Psy. Résultats analyses de survie.xlsx

Alors que les femmes suivies en psychiatrie ne sont pas revues en prison dans les 18 premiers mois, les hommes connaissent une probabilité de l'être à un an de 1%.

Les patients les plus âgés connaissent les plus faibles probabilités d'incarcération

Figure 8. Probabilité cumulée d'incarcération selon l'âge. EPSM/CHI de l'Oise. 2015 (N = 25 029).

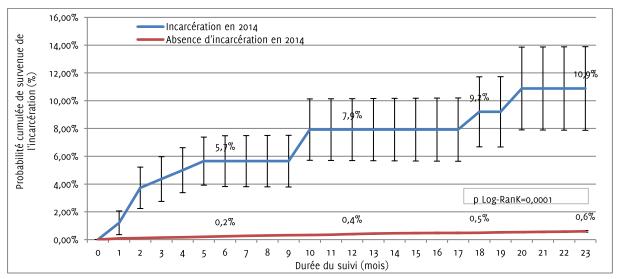


Source : RimP. Traitement : F2RSM Psy. Résultats analyses de survie.xlsx

L'analyse de survie montre l'effet du sexe et de l'âge sur les risques d'incarcération. À la fin de la période d'observation, les hommes ont une probabilité 24 fois supérieure à celle des femmes d'être incarcérés. Globalement, la probabilité de connaître une incarcération diminue avec l'avancée en âge, mais cet effet n'a pas de stabilité dans le temps. Les 18-45 ans connaissent des probabilités très supérieures à leurs aînés.

Un risque beaucoup plus élevé chez les patients ayant déjà été incarcérés

Figure 9. Probabilité cumulée d'incarcération selon les antécédents d'incarcération en 2014. EPSM/CHI de l'Oise. 2015 (N = 25 029).

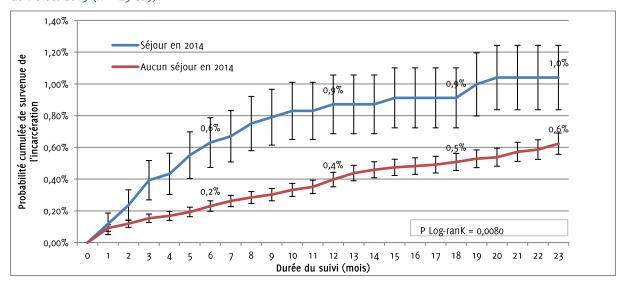


Source : RimP. Traitement : F2RSM Psy. Résultats analyses de survie.xlsx

Le fait d'avoir été incarcéré en 2014 augmente de quasiment 20% le risque d'être incarcéré (18,1%). Toutefois les intervalles de confiance sont élevés du fait que le phénomène est rare (167 anciens détenus parmi les 25 209 patients).

L'antécédent de séjour psychiatrique majore la probabilité d'incarcération

Figure 10. Probabilité cumulée d'incarcération selon les antécédents de séjour en psychiatrie en 2014. EPSM/CHI de l'Oise. 2015 (N = 25 029).



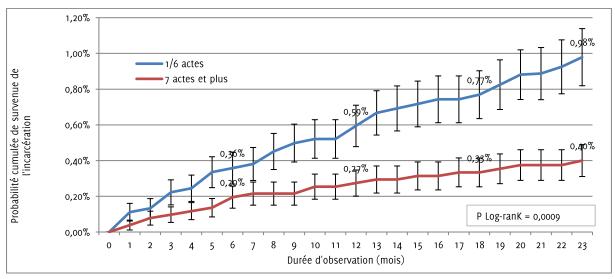
Source : RimP. Traitement : F2RSM Psy. Résultats analyses de survie.xlsx

Les antécédents de suivi psychiatrique ne majorent pas le risque d'incarcération

Parmi les personnes suivies en psychiatrie en 2015-2016, celles qui l'étaient déjà en 2014 ne connaissent pas une probabilité significativement distincte d'incarcération (p log-rank=0,8438 ; voir Figure 13, p 41).

Le suivi psychiatrique soutenu semble prévenir le risque d'incarcération

Figure 11. Probabilité cumulée d'incarcération selon le nombre d'actes ambulatoires en psychiatrie en 2014. EPSM/CHI de l'Oise. 2015. (N = 9 693).

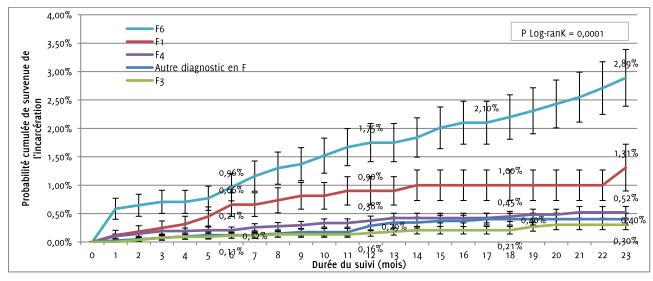


Source : RimP. Traitement : F2RSM Psy. Résultats analyses de survie.xlsx

Les patients ont été vus en moyenne 15 fois par un service psychiatrique en milieu libre avec une médiane à 7 actes. Les personnes ayant connu 7 actes ambulatoires ou plus en 2014 ont un risque beaucoup plus faible d'incarcération que celles en ayant connu de 1 à 6.

Les troubles du comportement sont significativement liés au plus grand risque d'incarcération

Figure 12. Probabilité cumulée d'incarcération selon le diagnostic principal. EPSM/CHI de l'Oise. 2015 (N = 25 029).



Fo : troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques - F1 : troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives - F2 : schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants - F3 : troubles de l'humeur [affectifs] - F4 : troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes - F5 : syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques - F6 : troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte - F7 : retard mental - F8 : troubles du développement psychologique - F9 : troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence - F99 : trouble mental, sans précision

Source : RimP. Traitement : F2RSM Psy. Résultats analyses de survie.xlsx

Le diagnostic F6 est celui qui augmente le plus le risque de connaître une incarcération. Comme on l'a vu précédemment (cf. Figure 5 p 24), il est très présent parmi la population carcérale décrite dans le RimP (16,0%). Les diagnostics F1 et F4 sont les diagnostics les plus décrits dans la population carcérale (respectivement 18,0% et 16,7%); par rapport aux autres diagnostics, ils majorent également, mais dans une moindre mesure, les risques d'incarcération.

Un effet peu probant des antécédents de soins sans consentement

Nous nous sommes également intéressés au cadre règlementaire du soin : sur décision du représentant de l'État (SDRE), à la demande d'un tiers (SDT) ou en soins libres.

Le nombre de soins sans consentement étant très faible parmi les personnes incarcérées (7 cas), les intervalles de confiance sont très importants et le résultat à peine significatif avec un log-ranK à la limite de la significativité à 0,051 (cf. Figure 14 p 41).

Les facteurs liés au risque d'incarcération des patients

Les 8 variables à l'origine d'un p du log-rank inférieur à 0,2 dans les analyses stratifiées de survie ont été introduites dans un modèle de Cox.

Tableau 8. Résultats de la régression logistique mutiple (modèle de Cox) sur la probabilité de connaître une incarcération pour un patient. CHI/ESPSM de Clermont. 2015/2016. (N = 25 021)

Variable	Modalité	Odds-ratio (OR)	Intervalle de confiance à 95%	P (significativité)
Sexe (réf = Femme)	Homme	28,31	[10,41 - 76,93]	***
Age (réf = 46 ans et +)	18/45 ans	3,31	[2,09 - 5,22]	***
Incarcération en 2014 (réf = Non)	Oui	4,09	[2,27 - 7,34]	***
Hospitalisation en 2014 (réf = Non)	Oui	1,61	[1,00 - 2,60]	*
Hospitalisation sans consentement (réf = Non)	Oui	0,82	[0,37 - 1,79]	NS
Diagnostic F1 (réf = Non)	Oui	1,67	[0,96 - 2,92]	NS
Diagnostic F6 (réf = Non)	Oui	4,04	[2,68 - 6,10]	***
	1 à 6	1,31	[0,86 - 1,98]	NS
Nombre d'actes ambulatoires en 2014 (réf = aucun)	7 et +	0,58	[0,34 - 1,00]	*

^{*} p< 0,05** p<0,01 - *** p<0,001 - NS: non significatif. Source: RimP. Traitement: F2RSM Psy. Modele de Cox.xlsx

Les facteurs augmentant le risque d'incarcération en prenant en compte l'effet des autres variables modélisées sont le sexe masculin, un âge compris entre 18 et 45 ans, les antécédents judiciaires, certains antécédents de suivi psychiatrique (nombre d'actes et séjour en 2014) et les troubles de la personnalité et du comportement (F6). Par rapport à celles qui n'ont pas été suivies en 2014 (aucun acte ou séjour psychiatrique), les personnes ayant bénéficié de 7 actes ambulatoires ou plus connaissent un plus faible niveau d'incarcération (OR=0,58), mais l'intervalle de confiance inclut la valeur 1.

Discussion

Notre étude a porté sur l'incarcération des personnes suivies en psychiatrie et sur l'utilisation du RimP pour en calculer la fréquence; pour ce faire, nous avons procédé à une enquête auprès des professionnels en charge du codage de l'activité des services en milieu pénitentiaire (cadres de santé et techniciens ou médecins des départements d'information médicale) sur la qualité du codage, d'une part, et à une analyse des bases du RimP pour les années 2015-2016, d'autre part.

Limites

L'enquête définit comme patient toute personne décrite au moins une fois dans le RimP durant l'année d'observation. Cette méthode exclut donc les personnes malades non suivies, ou non prises en charge par le système hospitalier (c'est par exemple le cas des personnes suivies exclusivement en médecine libérale ou en établissement médico-social).

Pour des raisons de confidentialité, les bases du RimP auxquelles nous avons eu accès ne contiennent que le mois de l'acte ambulatoire et non sa date ; dans le doute sur la chronologie des actes, les personnes décrites le même mois en milieu libre et en milieu pénitentiaire n'ont pas été considérées comme des patients incarcérés. Il peut en effet s'agir de personnes s'étant rendues à un CMP à leur sortie de détention, par exemple. Les taux d'incarcération calculés peuvent donc avoir été sous-estimés.

L'analyse de survie considère comme une personne n'ayant pas connu l'évènement, tout patient qui n'a pas été vu par une USMP durant la période d'observation. Or, le RimP ne permet pas de savoir si les individus sont décédés ou non. La mortalité étant importante parmi les patients en psychiatrie (36) et à la sortie de la prison (37, 38) cela peut augmenter artificiellement le nombre d'individus n'ayant pas connu d'incarcération au sein de l'analyse de survie.

Le nombre de personnes détenues décrites dans le RimP représente les trois quarts de l'effectif d'entrées recensées par l'administration pénitentiaire; ne disposant pas du nombre d'entrants (sans double compte), il est difficile d'apprécier l'exhaustivité réelle, même s'il est possible d'affirmer qu'elle serait supérieure. L'enquête auprès des professionnels a permis d'établir que le codage n'est pas uniforme d'une USMP à l'autre. Il existe également des cas de refus c'est-à-dire des personnes qui ne veulent pas faire l'examen médical à leur entrée en détention (mais selon les professionnels enquêtés, leur nombre serait très limité).

Le codage en tant que secteur en milieu pénitentiaire n'étant utilisé que par 3 établissements sur les 10 intervenant dans les maisons d'arrêt, certains patients peuvent échapper au repérage en tant que détenus. C'est par exemple le cas lorsqu'un CATTP est implanté en milieu pénitentiaire: plusieurs USMP ont déclaré coder pour « lieu de l'acte » le CATTP et non l'établissement pénitentiaire. Dans le cas de séjours hospitaliers hors UHSA, nous ne savons pas si les hôpitaux d'accueil utilisent la valeur 6 comme mode légal de soins, ce qui permettrait de repérer les personnes détenues parmi l'ensemble des patients. Mais cette limite aura peu d'effet sur le résultat car un patient incarcéré sera normalement d'abord vu par l'USMP avant d'être hospitalisé ou de participer aux activités d'un CATTP.

Enfin, l'absence d'utilisation d'un identifiant national dans les lieux de soins ambulatoires en psychiatrie, dont font partie les USMP, ne permet pas le repérage d'antécédents de suivi psychiatrique dans un autre établissement que celui dont relève l'USMP. C'est en effet l'IPP, un identifiant propre à l'établissement qui est employé. Le RimP nous permet donc de connaître le parcours psychiatrique de la personne au sein d'un même établissement de santé mais pas de savoir si elle a été prise en charge en dehors de cet établissement. Un patient en psychiatrie, incarcéré dans une maison d'arrêt dont n'a pas la charge l'établissement de santé où il était suivi en ambulatoire, n'a pas pu être défini comme patient incarcéré dans notre étude. Il faut cependant noter que le lieu d'incarcération d'une personne détenue en maison d'arrêt dépend de la juridiction où a été commise l'infraction et on suppose que la majorité des infractions sont commises à proximité du lieu d'habitation de son auteur.

Il est à noter que toutes les limites mises à jour permettent de conclure à une sous-estimation de la probabilité d'incarcération des personnes souffrant de troubles mentaux à travers le RimP.

Réponse à la question principale

En l'état actuel des choses, et pour les raisons exposées plus haut (exhaustivité imparfaite, codes traceurs d'une incarcération parfois incertains et absence d'identifiant anonyme national), le calcul d'un taux d'incarcération des patients à l'échelle de l'ensemble des Hauts-de-France à partir du RimP semble présenter de trop nombreux biais.

En revanche, dans certains établissements dont le codage est fiable et dont le recrutement géographique est identique à celui des maisons d'arrêt dans lesquelles ils interviennent, il nous semble acceptable de calculer ce taux d'incarcération à partir du RimP. Cette raison nous a amenés à procéder à des calculs sur les patients majeurs domiciliés dans l'Oise, département dans lequel l'EPSM/CHI de l'Oise a un rôle prépondérant²¹. Cet établissement est également responsable des dispositifs psychiatriques de soins aux détenus pour les deux centres pénitentiaires du département (Beauvais et Liancourt). Nous avons fait l'hypothèse qu'une personne domiciliée dans l'Oise entrant en détention avait une probabilité très élevée d'être incarcérée dans les établissements pénitentiaires de ce même département, où interviennent les personnels de psychiatrie de l'EPSM/CHI de l'Oise. Le taux annuel d'incarcération obtenu est de 0,52%, taux supérieur au taux d'entrée en prison de la population majeure dans les Hauts-de-France en 2015²².

-

²¹ L'existence de la clinique Eugénie (49 lits d'hospitalisation) ne compromet pas le plan d'analyse, l'enjeu étant de disposer d'un stock de patients et de rechercher s'il était décrit postérieurement dans une USMP dans le même département de l'Oise.

²² En 2015, l'administration pénitentiaire comptabilisait 14 158 entrées en prison ou en mesure de semi-liberté dans les établissements pour majeurs des Hauts-de-France ; cette même année l'Insee dénombrait 4 584 459 habitants majeurs dans

Il est cependant très éloigné de ceux présentés dans deux études réalisées aux États-Unis (7,2% et 11,9%). Mais, outre des politiques d'incarcération différentes entre les deux pays (0,10% de la population incarcérée en France contre 0,65% aux États-Unis) (39, 40), les enquêtes ont utilisé des méthodologies différentes. Dans son étude, Munetz s'intéresse à une population spécifique des personnes ayant des troubles mentaux : les patients reconnus comme severely mentally disabled par l'État (41). Hawthorne, quant à lui, obtient un taux d'incarcération de 11,5% des patients en psychiatrie du comté de San Diego en 2005/2006 (42). L'auteur compare le nombre de personnes qui ont été vues au moins une fois par un service de soins en psychiatrie au nombre d'entre elles ayant connu une incarcération durant la même année. Dans l'étude que nous avons réalisée, seules les personnes incarcérées dans un délai de 12 mois après la première description dans le RimP en 2015/2016 sont considérées comme des patients incarcérés. En n'imposant pas de critère temporel, Hawthorne trouve nécessairement des résultats plus élevés car la justice peut exiger un suivi thérapeutique après la libération. De plus, la période suivant la sortie de prison est particulièrement difficile et peut donc entraîner le besoin de recourir à un suivi psychiatrique. Enfin, la détention peut être l'occasion pour certains malades n'ayant jamais eu recours à la psychiatrie de commencer un suivi qu'ils poursuivront à leur libération. Par ailleurs, Hawthorne a calculé une durée d'incarcération ayant pour médiane 3 jours ce qui laisse penser que les incarcérations très courtes sont une pratique courante aux Etats-Unis, alors qu'elles ne le sont pas en France.

L'analyse des codes utilisables pour le repérage des actes ou séjours concernant des personnes détenues permet d'aboutir aux conclusions suivantes :

Type de secteur. Le code P est employé par 3 établissements dans les Hauts-de-France, le CHU de Lille, le CH Pinel d'Amiens et l'EPSM/CHI de l'Oise. 5542 personnes distinctes sont repérées par ce code. Celui-ci n'est pas employé par les 7 autres établissements de santé ayant une activité en milieu pénitentiaire, et ne peut donc être le critère unique d'extraction du RimP.

Lieu de l'acte. Avec 10 381 personnes repérées à partir du code Lo6 (lieu = établissement pénitentiaire), il s'agit du critère présentant la plus grande sensibilité. Cependant, l'existence d'hôpitaux de jour et de CATTP en milieu pénitentiaire introduit une incertitude de codage (le code L11 – CATTP- est parfois adopté pour décrire des actes ayant lieu en milieu pénitentiaire par exemple).

Diagnostic principal et associé. Le code Z651 (Difficultés liées à un emprisonnement et autre incarcération), employé pour 2156 personnes en diagnostic et pour 2459 autres en diagnostic associé, ne constitue pas un critère d'extraction satisfaisant, du fait de son manque de sensibilité.

Une sélection sur la combinaison des 2 premiers critères (type de secteur = secteur pénitentiaire ou lieu = milieu pénitentiaire) permet d'obtenir 98,7% des actes repérables à partir des 4 variables examinées.

Nous avons montré que les chiffres en milieu pénitentiaire extraits du RimP et de la SAE étaient très proches, tant pour les actes réalisés que pour les personnes décrites. Cette bonne cohérence suggère une certaine fiabilité; 10 738 personnes sont décrites dans le RimP en 2016, ayant donné lieu à 125 241 actes ambulatoires.

Ce recueil constitue une source utile pour la connaissance de la fréquence et de la nature des troubles des personnes entrant en milieu pénitentiaire ou y étant suivies : un quart d'entre elles n'en présenteraient pas, une moitié au moins un, alors que les autres n'auraient pas de diagnostic posé. Les diagnostics psychiatriques les plus fréquents sont les addictions (18%), les troubles névrotiques (17%) et les troubles du comportement (16%). La population décrite en milieu pénitentiaire dans le RimP est essentiellement constituée d'hommes (à 94%) et de jeunes (âge médian de 31 ans et âge modal de 26 ans).

Conclusion: les conditions d'une amélioration

Notre étude a mis en évidence la prématurité de l'emploi du RimP pour mesurer le taux d'incarcération des patients suivis en psychiatrie sur l'ensemble du territoire des Hauts-de-France. Seules les zones dans lesquelles les établissements de santé et de détention ont sensiblement le même bassin de recrutement peuvent donner lieu à ce type de calcul. Mais certains changements dans les pratiques

les Hauts-de-France, soit un taux de 0,31%. Ces taux n'ont pas la même construction, les chiffres de l'administration pénitentiaire n'éliminant pas les doubles comptes (or la réincarcération la même année n'est pas rare).

des acteurs de santé auprès des détenus permettraient une utilisation satisfaisante du RimP en vue d'atteindre l'objectif précité. Il est tout d'abord nécessaire que chaque service psychiatrique des USMP de la région rencontre l'ensemble des nouveaux arrivants en détention et qu'il code la totalité de son activité dans le RimP. Il est également nécessaire de modifier les pratiques de codage.

Identifiant national unique

L'ANO est un identifiant commun à l'ensemble du territoire; créé pour des besoins de gestion (le remboursement des assurés et des prestataires de soins), il peut également être employé dans les études épidémiologiques pour décrire les parcours de soins, et ce, quels que soient les lieux où ils se déroulent. Son utilisation est obligatoire dans le PMSI-MCO et pour les séjours en psychiatrie. La généralisation de son utilisation pour les actes ambulatoires en psychiatrie est la condition *sine qua non* à la création d'un indicateur de taux d'incarcération.

Respect et évolution des règles du RimP

La fiabilité d'un indicateur dépend de la qualité du codage. Comme nous l'avons observé, toutes les unités de soins ne respectent pas les consignes de codage des soins en milieu pénitentiaire. L'utilisation d'un code secteur propre aux soins au sein d'un établissement pénitentiaire (xxPxx) permettrait le repérage des actes réalisés sur une personne détenue. L'utilisation du code Lo6 pour tous les actes réalisés en détention, par un CATTP ou non, nous permettrait également de différencier les détenus du reste des patients.

Selon la CIM-10, le code Z65.1 correspond à un « Emprisonnement et autre incarcération ». Selon la documentation officielle du PMSI-MCO, il doit être inscrit en tant que diagnostic associé dès lors que les soins ont été dispensés à une personne détenue. Dans le RimP, ce code fait partie des diagnostics associés parmi les « facteurs d'environnement influant sur l'état de santé (facteurs susceptibles de menacer la santé des sujets, telles que certaines conditions socioéconomiques ou psychosociales, et les éventuels antécédents personnels et familiaux de certaines affections) » (43). Actuellement, ce code est peu utilisé par les USMP interrogées. Il peut être employé comme diagnostic principal, dans les cas où les médecins n'ont pas pu établir d'autres diagnostics, ou comme diagnostic associé. Son utilisation systématique comme diagnostic ou facteur associé lorsqu'il s'agit de soins à un détenu permettrait également de repérer les personnes détenues parmi les patients.

Le guide méthodologique de production du RimP gagnerait à évoluer afin de lever les incertitudes de codage et améliorer le repérage de l'ensemble de l'activité psychiatrique en direction des personnes détenues :

- les séjours de personnes détenues en service de psychiatrie librement décidés pourraient faire l'objet d'un code spécifique permettant le repérage de la condition de détenu (le code 1, désignant les soins psychiatriques libres, ne le permet actuellement pas). Le code 6, se référant aux soins prévus par l'article D398 du Code de procédure pénale et à l'article L3214-3 du Code de santé publique, ne décrit qu'une partie des séjours des personnes détenues.
- les actes en CATTP et les séjours en hôpital de jour en milieu carcéral ont un lieu codé parfois Lo6 (Établissement pénitentiaire), parfois L11 (Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel). Ce dernier code pourrait être subdivisé pour différencier les CATTP en milieu libre et les CATTP en milieu pénitentiaire. De même, il serait utile de disposer de codes distincts pour les hôpitaux de jour en milieu ordinaire et en milieu carcéral.
- les secteurs en milieu pénitentiaire sont des entités aux contours variables : certains services de psychiatrie détachent des personnels dans les USMP sans adopter d'appellation ou d'organisation spécifique, alors que d'autres mettent en place une équipe dédiée, dotée d'un responsable médical permanent. Cette question gagnerait à être clarifiée afin que le code P soit employé uniformément.

Enfin, le codage du contexte de l'acte (entretien de dépistage à l'entrée en prison ou entretien de suivi) permettrait de mieux différencier les entrants ne présentant pas de trouble psychiatrique (et qui n'ont donc pas vocation à être revus) des patients engagés dans une prise en charge.

La correction de ces différents points permettrait d'améliorer la sensibilité et la spécificité du RimP, dont l'utilisation en routine pour calculer le taux d'incarcération de la population suivie en psychiatrie pourrait être envisagée.

Le taux d'incarcération de la population souffrant de troubles mentaux est éclairant sur les politiques pénales et sanitaires; il dépend de très nombreux facteurs, comme la définition des contours de la maladie et de la responsabilité, le cadre réglementaire, la demande sociale en direction des malades (leur internement en constitue une, à laquelle sont confrontés les hommes politiques, les législateurs et les médecins) et les capacités des personnes à se défendre, devant la police et les tribunaux. Cet indicateur est politiquement indispensable; il s'avérerait très utile également pour évaluer l'effet de nouveaux programmes ou politiques, comme la fermeture de lits d'hospitalisation, l'intervention d'équipes mobiles de soins psychiatriques intensifs, les coopérations formalisées entre professionnels de la psychiatrie et de l'action sociale ou médico-sociale, dont les services pénitentiaires. L'emploi d'un numéro identifiant national (ANO) dans la base des actes ambulatoires du RimP constituerait une avancée décisive pour disposer d'un indicateur satisfaisant du niveau d'incarcération des personnes souffrant de troubles mentaux.

Bibliographie

- 1. Denis F, Grohens M. Psychiatrie et prison. Laënnec. 2016 Jul 1;64(3):18-31.
- 2. Renneville M. Psychiatrie et prison : une histoire parallèle. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. 2004 Oct 1;162(8):653-6.
- 3. F2RSM Psy. La santé mentale des personnes entrant en détention dans le Nord et le Pas-de-Calais [Internet]. [cited 2018 Jul 16]. Available from: https://www.f2rsmpsy.fr/fichs/18298.pdf
- 4. Drees. La santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus accueillis par les services médico-psychologiques régionaux [Internet]. [cited 2018 Mar 22]. Available from: http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er181.pdf
- 5. Fauchille E, Zerkly S, Trugeon A. État de santé des personnes entrant en établissement pénitentiaire dans l'ex-Picardie. Caractéristiques sanitaire et sociale des nouveaux détenus en 2015 [Internet]. Amiens: OR2S; 2017 Jan p. 4. Available from: http://www.or2s.fr/images/Prison/2017_CaracteristiquesSanitaireEtSociale_NouveauxDetenusEn2015_Picardie.pdf
- 6. Thomas P, Fovet T, Amad A. Psychiatrie en milieu pénitentiaire, entre nécessité et ambiguïté. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. 2015 May 1;173(4):348-51.
- 7. Chéné S. Le profil psychologique des personnes détenues. La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation. 2012;(59):57-64.
- 8. Senon J-L, Manzanera C, Humeau M, Gotzamanis L. Les malades mentaux sont-ils plus violents que les citoyens ordinaires? L'information psychiatrique. 2006;me 82(8):645–52.
- 9. Voyer M, Senon J-L, Paillard C, Jaafari N. Dangerosité psychiatrique et prédictivité. L'information psychiatrique. 2009;me 85(8):745-52.
- 10. Dubreucq J-L, Joyal C, Millaud F. Risque de violence et troubles mentaux graves. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. 2005 Dec 1;163(10):852–65.
- 11. Kottler C. Dangerosité et psychiatrie. Perspectives Psy. 2005;44(3):176-7.
- 12. Bénézech M, Le Bihan P, Bourgeois ML. Criminologie et psychiatrie. In [cited 2018 Mar 7]. Available from: http://psychologie-m-fouchey.psyblogs.net/public/fichiers%20joints/psychocriminologie/Criminologie_et_psychiatrie.pdf
- 13. Brahmy B. Psychiatrie et prison. Etudes. 2005 Jun;(4026):751-60.
- 14. Darley M, Lancelevée C, Michalon B. Où sont les murs? Penser l'enfermement en sciences sociales. Cultures & Conflits. 2013 Oct 15;(90):7-20.
- 15. Senon J-L, Manzanera C, Humeau M, Gotzamanis L. États dangereux, délinquance et santé mentale: représentations, insécurité et peurs sociétales comme sources de la stigmatisation des malades mentaux, Dangerous states, delinquency and mental health: representations, insecurity and public fear fuel the stigmatisation of the mentally ill, Peligrosidad, delincuencia y salud mental: representaciones, inseguridad y miedos societales como motivos de estigmatización de los enfermos mentales. L'information psychiatrique. 2007;me 83(8):655–62.
- 16. Barbier G, Demontès C, Lecerf J-R, Michel J-P. Prison et troubles mentaux: Comment remédier aux dérives du système français? [Internet]. Paris; [cited 2018 Mar 5]. Available from: https://www.senat.fr/rap/ro9-434/ro9-4342.html
- 17. Code pénal Article 122-1. Code pénal.
- 18. Protais C. La responsabilisation des malades mentaux criminels en France: origines et conséquences. Rhizome. 2015;(56):11–2.
- 19. Protais C. Irresponsabilité pénale : les enjeux de l'expertise. Santé Mentale. 2018 Apr;(227):78-83.
- 20. Archer E. La loi pénale n'est pas thérapeutique en soi. Journal du droit des jeunes. 2001;(202):39-41.
- 21. Zagury D. Les psychiatres sont-ils responsables de la raréfaction des non-lieux psychiatriques? In: Faut-il juger et punir les malades mentaux criminels? [Internet]. ERES; 2009

- [cited 2018 Jul 4]. p. 27–38. Available from: http://www.cairn.info/article.php?ID_ARTICLE=ERES_JEAN_2009_01_0027
- 22. Bérard J, Chantraine G. La carcéralisation du soin psychiatrique. Vacarme. 2008;(42):91–4.
- 23. Penrose LS. Mental Disease and Crime: Outline of a Comparative Study of European Statistics. British Journal of Medical Psychology. 18(1):1–15.
- 24. Thomas P. Prisons: l'enjeu majeur des soins psychiatriques. Santé Mentale. 2018 Apr;(227):26-31.
- 25. Ailam L, Rchidi M, Tortelli A, Skurnik N. Le processus de désinstitutionnalisation. Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique. 2009 Aug;167(6):455.
- 26. Dubret G. La prison, ultime institution psychiatrique pour soigner et punir? L'information psychiatrique. 2006;me 82(8):663–8.
- 27. Marcel É. Dangerosité(s) et pratiques de secteur. Perspectives Psy. 2005;44(3):182-7.
- 28. Fovet T, Plancke L, Thomas P. Prévalence des troubles psychiatriques en prison. Santé Mentale. 2018 Apr;(227):32–8.
- 29. Brahmy B. Bilan et perspectives des UHSA. Rhizome. 2015;(56):13–13.
- 30. Sicot F. La maladie mentale, quel objet pour la sociologie? Déviance et Société. 2006;30(2):203-32.
- 31. Lovell A, Fuhrer R. Troubles de la santé mentale. La plus grande « fragilité » des femmes remise en cause. In: La santé des femmes. Paris: Flammarion médecine-sciences; 1996. p. 252-83.
- 32. Fatome. L'organisation des soins aux détenus [Internet]. 2001 Jun [cited 2018 Mar 14].

 Available from:
 https://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_FATOME_Juin_2001_L_organisation_des_soins_aux_detenus.pdf
- 33. Munetz MR, Grande TP, Chambers MR. The incarceration of individuals with severe mental disorders. Community Ment Health J. 2001 Aug; 37(4):361–72.
- 34. Hawthorne WB, Folsom DP, Sommerfeld DH, Lanouette NM, Lewis M, Aarons GA, et al. Incarceration among adults who are in the public mental health system: rates, risk factors, and short-term outcomes. Psychiatr Serv. 2012 Jan;63(1):26–32.
- 35. Code de procédure pénale Article R57-8-1 [Internet]. Code de procédure pénale. Available from:
 - https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXTooooo6071154&idArticle=LEGIARTIooooo6517681&dateTexte=&categorieLien=cid
- 36. Charrel C-L, Plancke L, Genin M, Defromont L, Ducrocq F, Vaiva G, et al. Mortality of people suffering from mental illness: a study of a cohort of patients hospitalised in psychiatry in the north of France. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2015 Feb;50(2):269–77.
- 37. Amad A, Fovet T. Itinéraires de patients souffrant de troubles psychiatriques en prison : passé, présent et devenir après l'incarcération. La Lettre du Psychiatre. 2014 Dec 1;10:176-7.
- 38. Forsyth SJ, Carroll M, Lennox N, Kinner SA. Incidence and risk factors for mortality after release from prison in Australia: a prospective cohort study. Addiction. 2018 May;113(5):937–45.
- 39. University of London, Institute for Criminal Policy Research. World Prison Brief [Internet]. [cited 2018 Jul 5]. Available from: http://www.prisonstudies.org/country/france
- 40. University of London, Institute for Criminal Policy Research. World Prison Brief [Internet]. [cited 2018 Jul 5]. Available from: http://www.prisonstudies.org/country/united-states-america
- 41. Munetz MR, Grande TP, Chambers MR. The incarceration of individuals with severe mental disorders. Community Ment Health J. 2001 Aug;37(4):361–72.
- 42. Hawthorne WB, Folsom DP, Sommerfeld DH, Lanouette NM, Lewis M, Aarons GA, et al. Incarceration among adults who are in the public mental health system: rates, risk factors, and short-term outcomes. Psychiatr Serv. 2012 Jan;63(1):26–32.
- 43. Ministère des affaires sociales et de la santé. Guide méthodologique de production du recueil d'informations médicalisé en psychiatrie [Internet]. Available from: http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bos/2016/sts_20160004_0001_p000.pdf

Annexes

Annexe 1 : liste des sigles et acronymes

Ano Identifiant national anonyme

ATIH Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

CATTP Centre d'activité thérapeutique à temps partiel

CH Centre hospitalier

CIM 10 Classification internationale des malades, 10^e édition

CP Centre pénitentiaire DA Diagnostic associé

Dim Département de l'information médicale

Disp Direction interrégionale des services pénitentiaires

DP Diagnostic principal

Drees Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DSP Dispositif de soins psychiatriques
DSS Dispositif de soins somatiques

EPSM Établissement public de santé mentale

F2RSM.Psy Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France

IPP Identifiant permanent du patient

OR2S Observatoire régional de la santé et du social en Picardie

PMSI-MCO Programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie,

obstétrique et odontologie

RimP Recueil d'information médicalisée en psychiatrie

UF Unité fonctionnelle

UHSA Unité d'hospitalisation spécialement aménagée

UMD Unité pour malades difficiles

USMP Unité de soins en milieu pénitentiaire SAE Statistique d'activité des établissements

SDRE Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État

SDT Soins psychiatriques à la demande d'un tiers

SMPR Service médico-psychologique régional

TGI Tribunal de grande instance

Z651 Difficultés liées à un emprisonnement et autre incarcération

Annexe 2 : questionnaire employé durant l'enquête auprès des professionnels intervenant dans le codage



ETUDE INCARCERATION DES MALADES

Grille d'entretien recueil des données d'activité des services de soins implantés en milieu carcéral

Unité interrogée : psychiatrique somatique psychiatrique et somatique Service : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Commune : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Date : Indiquez la date du jour Personne interviewée : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Fonction : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Téléphone : Cliquez ou appuyez ici pour entrer le numéro du service
Organisation du recueil de l'information
 Pouvez-vous me décrire comment est recueillie l'information sur l'activité de votre unité de soins en milieu pénitentiaire?
Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
■ Quel est le support utilisé pour la saisie des données ? □Support papier □Saisie directement dans la base de données □Autre : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
 Y-a-t-il une procédure de validation des données saisies ?
 Si oui, par qui? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Quelle méthode? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
□ Non
Cliquez ou appuyez ici pour ajouter des commentaires.
Codes employés dans la base de données

 Pour les actes décrits dans la base, utilisez-vous un code spécifique pour différencier les examens médicaux obligatoires effectués à l'entrée en détention et les examens de suivi ?
☐Oui. Lequel: Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.☐Non.
 Utilisez-vous un identifiant établissement (IPP) pour décrire le patient dans la base ? □ Oui □ Non
 Si oui, connaissez-vous la procédure d'affectation du code IPP aux nouveaux arrivants ? Si vous la connaissez, décrivez-là
 Utilisez-vous un identifiant national (ANO) pour décrire le patient dans la base ? □ Oui □ Non
 Si oui, connaissez-vous la procédure d'affectation du code ANO aux nouveaux arrivants ? Si vous la connaissez, décrivez-là
 Connaissez-vous le code employé pour désigner votre unité de soins en milieu carcéral dans la base de données ? Si vous le connaissez, indiquez-le
 Utilisez-vous le code Z65.1 comme diagnostic associé par convention pour désigner les soins dispensés à une personne détenue ? □ Oui □ Non
Cliquez ou appuyez ici pour ajouter des commentaires.
Indicateurs d'activité Pouvez-vous me dire combien de personnes ont été vues dans le service de soins en milieu carcéral 2015: Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. 2016: Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Indicateurs d'activité Pouvez-vous me dire combien de personnes ont été vues dans le service de soins en milieu carcéral 2015 : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Indicateurs d'activité Pouvez-vous me dire combien de personnes ont été vues dans le service de soins en milieu carcéral 2015 : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. 2016 : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. 2017 : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Source employée pour ces chiffres : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Pouvez-vous me dire combien d'actes (entretiens, consultations) ont eu lieu dans votre service en milieu carcéral 2015 : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. 2016 : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Indicateurs d'activité Pouvez-vous me dire combien de personnes ont été vues dans le service de soins en milieu carcéral 2015 : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. 2016 : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. 2017 : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Source employée pour ces chiffres : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Pouvez-vous me dire combien d'actes (entretiens, consultations) ont eu lieu dans votre service en milieu carcéral 2015 : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Indicateurs d'activité Pouvez-vous me dire combien de personnes ont été vues dans le service de soins en milieu carcéral 2015 : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. 2016 : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. 2017 : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Source employée pour ces chiffres : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Pouvez-vous me dire combien d'actes (entretiens, consultations) ont eu lieu dans votre service en milieu carcéral 2015 : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. 2016 : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. 2017 : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

- Selon vous, quelle est la part effective des entrants en détention qui sont vus dans le service ? En pourcentage.
- Quelle est, selon vous, l'exhaustivité du codage ? Entre o et 100%
- Y-a-t-il des actes qui ne sont pas saisis dans la bases de données (entretiens, réunion clinique pour un patient...)?
 Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

•	Pensez-vous que les informations recueillies dans la base de données de l'établissement serversées dans le RimP/PMSI (les bases de données nationales) ?	soient
	□ Oui	
	□ Non	

- Y-a-t-il certaines informations de la base de données de l'établissement qui ne sont pas reversées dans le RimP/PMSI ?
 Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
- Pensez-vous que la base que vous alimentez puisse être utilisée pour compter le nombre de personnes entrant en détention ?
 Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

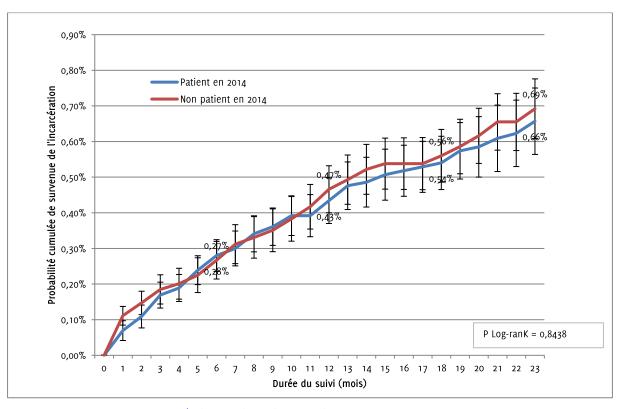
Avez-vous des commentaires à ajouter sur les questions qui vous ont été posées ou sur le sujet du codage de l'information médicale ?

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Je vous remercie d'avoir pris le temps de répondre à nos questions.

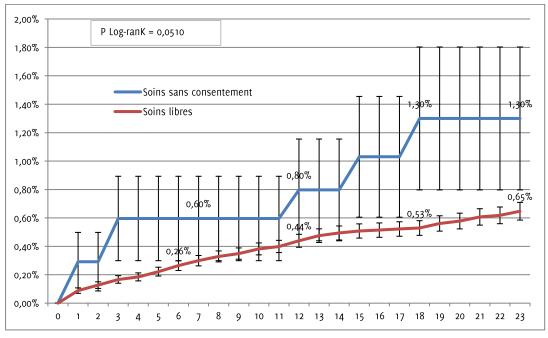
Annexe 3 : analyses de survie complémentaires

Figure 13. Probabilité cumulée d'incarcération en fonction de l'existence d'un antécédent de suivi psychiatrique en 2014. EPSM/CHI de l'Oise. 2015 (N = 25 029).



Source : RimP. Traitement : F2RSM Psy. Résultats analyses de survie.xlsx

Figure 14. Probabilité cumulée d'incarcération selon le mode légal de l'acte index (soins libres ou sans consentements). EPSM/CHI de l'Oise. 2015 (N = 25 029).



Source : RimP. Traitement : F2RSM Psy. Résultats analyses de survie.xlsx

Annexe 4: index des figures, cartes et tables

Figures

Figure 1. Nombre d'individus majeurs décrits en détention dans le RimP selon différents critères
d'extraction. Hauts-de-France. 2016. N = 10 785
Figure 2. Distribution par âge et sexe des personnes détenues majeures décrites dans le RimP. Hauts-
de-France. 2016. N=10 63822 Figure 3. Répartition des personnes détenues décrites dans le RimP selon le diagnostic principal codé
lors du 1 ^{er} entretien. Hauts-de-France. 2016. (N = 10 638)23
Figure 4. Répartition du diagnostic principal des détenus décrits dans le RimP dont le diagnostic
principal lors de la première consultation en détention était un diagnostic psychiatrique. Hauts-de-
France. 2016. N=5 137
Figure 5. Fréquence des diagnostics posés durant le 1 ^{er} acte décrit en détention. Hauts-de-France. 2016. (N= 10 638)
(N= 10 638)24 Figure 6. Probabilité cumulée d'incarcération des patients de l'EPSM/CHI de l'Oise selon le nombre de
mois écoulés depuis la 1 ^{re} date de suivi (N = 25 029). 2015-201626
Figure 7. Probabilité cumulée d'incarcération selon le sexe. EPSM/CHI de l'Oise. 2015 (N = 25 029)26
Figure 8. Probabilité cumulée d'incarcération selon l'âge. EPSM/CHI de l'Oise. 2015 (N = 25 029)27
Figure 9. Probabilité cumulée d'incarcération selon les antécédents d'incarcération en 2014. EPSM/CHI
de l'Oise. 2015 (N = 25 029)
Figure 10. Probabilité cumulée d'incarcération selon les antécédents de séjour en psychiatrie en 2014.
EPSM/CHI de l'Oise. 2015 (N = 25 029)
Figure 11. Probabilité cumulée d'incarcération selon le nombre d'actes ambulatoires en psychiatrie en
2014. EPSM/CHI de l'Oise. 2015. (N = 9 693)29
Figure 12. Probabilité cumulée d'incarcération selon le diagnostic principal. EPSM/CHI de l'Oise. 2015 (N
= 25 029)
Figure 13. Probabilité cumulée d'incarcération en fonction de l'existence d'un antécédent de suivi
psychiatrique en 2014. EPSM/CHI de l'Oise. 2015 (N = 25 029)41
Figure 14. Probabilité cumulée d'incarcération selon le mode légal de l'acte index (soins libres ou sans
consentements). EPSM/CHI de l'Oise. 2015 (N = 25 029)41
• Carte
Carte 1. Implantation des Unités de soins en milieu pénitentiaire et établissements de rattachement
des Dispositifs de soins, somatiques et psychiatriques12
Tableaux
Tableau 1. Récapitulatif des pratiques d'entretiens et de codage par les 12 USMP enquêtés
Tableau 2. Calcul théorique du nombre d'entrants décrits dans le RimP à partir des réponses aux
questionnaires et des chiffres de la Disp
Tableau 3. Nombre de personnes décrites dans le RimP par les 10 établissements de santé des Hauts-
de-France intervenant en milieu pénitentiaire et nombre d'entrées dans les établissements
pénitentiaires où ils interviennent en 2016
Tableau 4. Nombre d'actes réalisés en milieu pénitentiaire en 2016 par les 10 établissements de santé
des Hauts-de-France intervenant en milieu pénitentiaire selon la SAE et le RimP (population majeure et
mineure)
santé des Hauts-de-France intervenant en milieu pénitentiaire selon la SAE et le RimP (population
majeure et mineure)21
Tableau 6. Répartition des personnes détenues selon leur sexe et leur âge. Hauts-de-France* et
France**22
Tableau 7. Part des patients décrits par les USMP (en détention) qui l'avaient été antérieurement en
milieu libre par le service de psychiatrie du même établissement*25
Tableau 8. Résultats de la régression logistique mutiple (modèle de Cox) sur la probabilité de connaître
une incarcération pour un patient. CHI/ESPSM de Clermont. 2015/2016. (N = 25 021)
and incarcoration pour air patient. City Lor on ac ciciliont. 2013/2010. (N - 25 021/

Citation recommandée

Gonfroy J, Plancke L, Amariei A, Entretiens d'admission et soins psychiatriques en prison. Un indicateur possible d'incarcération des malades ? Lille, Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France, septembre 2018, 48 p.

Une précédente étude sur la santé mentale des entrants en détention dans la région des Hautsde-France a confirmé la fréquence élevée des troubles psychiatriques qu'ils présentent. Partant de ce constat, la F2RSM Psy a décidé de s'intéresser à l'incarcération des personnes suivies en psychiatrie.

Après une analyse de la littérature et un entretien avec des experts, une étude qualitative et quantitative a été menée dans le but de déterminer la possibilité de créer un indicateur permanent d'incarcération des patients en psychiatrie et de rechercher les facteurs liés à l'entrée en détention. L'exhaustivité du RimP sur les personnes vues en détention par les Unités de soins en milieu pénitentiaire (USMP) a été étudiée, en recueillant le point de vue des personnels chargées du codage dans le RimP et en comparant les effectifs qui peuvent être extraits de cette base à ceux produits par l'administration pénitentiaire.

L'utilisation du RimP a également permis de décrire la population vue par l'USMP : des hommes, jeunes, présentant des troubles psychiatriques dans un cas sur deux, en premier lieu desquels les addictions (F1), les troubles névrotiques (F4) et les troubles du comportement (F6).

6,3‰ des patients en psychiatrie connaissent une incarcération dans les 12 mois suivant leur première description dans le RimP. Cette probabilité est majorée chez les hommes, les jeunes, les personnes avec des antécédents d'incarcération, de séjour en service de psychiatrie, et chez les patients présentant les diagnostics les plus rencontrés en milieu pénitentiaire (F1, F4 et F6), alors que les troubles de l'humeur sont significativement liés à une probabilité d'incarcération plus faible, de même qu'un suivi ambulatoire soutenu.

Si les calculs n'ont pu porter que sur un seul département, dont la population adulte est couverte par un établissent de santé unique, intervenant dans les 2 maisons d'arrêt de ce même département, la généralisation à l'ensemble du territoire régional semble possible, sous réserve de quelques évolutions du RimP et des pratiques de codage.

