

▲ Santé mentale en population carcérale sortante Volet Outre-Mer



F2RSM Psy

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

Sommaire

Sigles	2
Préambule	3
Première partie : contexte	7
I. Contexte sociodémographique dans les départements d’Outre-Mer.....	8
II. État des lieux de la situation carcérale en Outre-Mer	22
Seconde partie : santé mentale en milieu carcéral dans les départements d’Outre-Mer.....	31
I. Introduction.....	31
II. Méthodologie.....	31
III. Résultats	32
VI. Discussion	60
Bibliographie	63

Sigles

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

AP : Administration pénitentiaire

ARS : Agence régionale de santé

BIT : Bureau international du travail

BS : Binômes de soutien

CD : Centre de détention

CGLPL : Contrôleur général des lieux de privation de liberté

CMP : Centre médico-psychologique

CP : Centre pénitentiaire

CProU : Cellule de protection d'urgence

CPU : Commission pluridisciplinaire unique

DAP : Direction de l'administration pénitentiaire

DROM : Départements et régions d'Outre-Mer

EPSM : Établissement public de santé mentale

ETP : Équivalent temps plein

HO : Hospitalisation d'office

ICF : Indice conjoncturel de fécondité

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

JAP : Juge d'application des peines

MA : Maison d'arrêt

MOM : Mission Outre-Mer

PE : Professeurs des écoles

PEP : Parcours d'exécution des peines

PF : Parloir familial

PP : Personnels pénitentiaires

qCD : Quartier centre de détention

QD : Quartier disciplinaire

QI : Quartier d'isolement

qMA : Quartier maison d'arrêt

RH : Ressources humaines

RUD (grille) : Risque Urgence Dangerosité

SMPG : Santé mentale en population générale

SMPR : Service médico-psychologique régional

SPCS : Santé mentale en population carcérale sortante

SPIP : Service pénitentiaire d'insertion et de probation

TOM : Territoire d'Outre-Mer

UFPI : Unité fonctionnelle psychiatrique intra-carcérale

UHSA : Unité hospitalière spécialement aménagée

UMD : Unité pour malades difficiles

USMP : Unité sanitaire en milieu pénitentiaire

UVF : Unité de vie familiale

Préambule

Ce rapport vise à présenter les résultats de l'étude « Santé mentale en population carcérale sortante » (SPCS) dans les départements d'Outre-Mer¹. Il s'agit du troisième volet de cette étude, les deux premiers portant sur les hommes détenus en maison d'arrêt en France métropolitaine, et les femmes détenues à l'échelle des Hauts-de-France.

La population carcérale est particulièrement exposée aux problématiques de santé mentale : de nombreuses études soulignent en effet la surreprésentation de plusieurs troubles psychiatriques en prison par rapport à la population générale (Fovet *et al.*, 2018). À l'exception d'une étude nationale prenant en compte la situation des personnes incarcérées en Martinique (Falissard *et al.*, 2004), les études nationales laissent de côté les départements d'Outre-Mer. Pourtant, en juillet 2014, un rapport parlementaire mettait en avant les déficiences de la prison Outre-Mer². Des conditions de détention dégradées, dans des contextes locaux marqués par la pauvreté et l'importance du chômage, sont notamment citées. Le rapport évoque également une « *défaillance des structures sanitaires, particulièrement en santé mentale* », le fait que « *médicalement, les populations pénales sont plus encore à risque Outre-Mer qu'en métropole* », et qu'elles présentent une « *grande précarité sanitaire ou psychologique* ». Début 2021, le personnel du centre pénitentiaire de Majicavo, à Mayotte, a par ailleurs rédigé des lettres ouvertes afin de dénoncer les conditions de travail au sein de cette structure : établissement surpeuplé, climat de forte insécurité, difficultés à gérer les personnes souffrant de troubles psychiatriques, etc.³.

On sait par ailleurs peu de choses sur l'offre de soins en santé mentale à destination des personnes détenues dans les départements d'Outre-Mer. Aussi, seuls quelques travaux (dont une synthèse des résultats figure dans le [Tableau 1](#)) ont exploré la santé mentale des personnes vivant dans quelques-uns de ces territoires : une étude porte sur la population carcérale de la prison de Ducos en Martinique, et trois sur l'établissement pénitentiaire de Remire-Montjoly en Guyane.

La situation métropolitaine laisse penser que malgré le développement de dispositifs visant à améliorer la prise en charge des personnes détenues, d'importantes difficultés persistent. Plusieurs causes peuvent être évoquées, comme l'inégale répartition des moyens entre les établissements pénitentiaires, ou les difficultés de recrutement liées à la faible

¹ Les auteurs remercient les professionnels de santé qui ont accepté de répondre à cette enquête, la DAP et la Mission Outre-Mer pour l'accueil chaleureux qui a été réservé à cette étude, ainsi que la DGOS et les ARS des départements d'Outre-Mer qui ont fourni des contacts et données de cadrage.

L'étude SPCS bénéficie du soutien financier de la Direction générale de la santé, et de Santé Publique France. Elle est également soutenue par la DAP (Direction de l'administration pénitentiaire), la DGOS (Direction générale de l'offre de soins), l'ASPMP (Association des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire), le CCOMS (Centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale), la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), et la MILDECA (Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives). Pour plus d'informations sur cette étude : <https://www.f2rsmpsy.fr/sante-mentale-population-carcerale-sortante.html>

² Observatoire international des prisons, « Prisons d'Outre-Mer : nouveau rapport parlementaire, nouvelle alerte », 7 octobre 2014. <https://oip.org/analyse/prisons-dOutre-Mer-nouveau-rapport-parlementaire-nouvelle-alerte/> [consulté le : 02/08/21]

³ Raïnat Aliloiffa (Mayotte Hebdo), « Le centre pénitentiaire de Majicavo au bord du gouffre », 28 avril 2021. [Le centre pénitentiaire de Majicavo au bord du gouffre - Mayotte Hebdo](#) [consulté le : 02/08/21]

attractivité du travail en milieu carcéral. De plus, si l'accès aux soins en santé mentale au cours de l'incarcération s'est amélioré ces dernières décennies dans les prisons françaises, la continuité des soins à la libération reste extrêmement fragile, notamment en raison d'un manque de connaissances sur les besoins des personnes quittant la prison (Fovet *et al.*, 2020-b).

Ce volet de l'étude SPCS propose des éléments de description, dans chacun des DROM, du dispositif de santé mentale en milieu carcéral. Il s'agit d'identifier les enjeux spécifiques de ces territoires en matière de santé mentale en prison, mais aussi les difficultés rencontrées pour la prise en charge des personnes détenues et l'organisation des soins à leur libération. Cette étude de cadrage permet de préfigurer la réalisation d'une enquête sur l'état de santé mentale des personnes détenues dans les DROM.

Tableau 1. Synthèse des études portant sur la santé mentale en prison dans les DROM

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

<p>High prevalence rates for multiple psychiatric conditions among inmates at French Guiana's correctional facility: diagnostic and demographic factors associated with violent offending and previous incarceration</p>	<p>Nacher M., Ayhan G., Arnal R., Basurko C., Huber F., Pastre A., Jehel L., Falissard B., About V.</p>	<p>2018</p>	<p>Étude transversale conduite entre le 18 septembre 2013 et le 31 décembre 2014</p>	<p>647 hommes et 60 femmes</p>	<p>72 % des personnes présentent un trouble psychiatrique. 20 % des personnes présentent trois troubles psychiatriques ou plus.</p> <p>Les infractions violentes ne sont pas plus importantes chez les personnes présentant un trouble psychiatrique, en revanche le fait d'avoir des antécédents d'incarcération est significativement associé à la présence d'un trouble psychiatrique. La présence d'un trouble psychotique, d'un risque de suicide et d'un TSPT sont associés au fait d'être incarcéré pour des infractions violentes.</p>
---	---	-------------	--	--------------------------------	--

Première partie : contexte

Cette première partie propose des éléments de contextualisation démographique sur les DROM appuyés sur les données statistiques de l'INSEE. Ces données révèlent l'extrême diversité des départements d'Outre-Mer, qui ne sont pas confrontés aux mêmes défis démographiques – ce qui a, comme le montrera la partie suivante, des conséquences sur la structure et la dynamique de la population carcérale de ces territoires.

I. Contexte sociodémographique dans les départements d’Outre-Mer

Au 1^{er} janvier 2020, la population française atteignait, d’après l’INSEE, 67,1 millions d’habitants, dont 2,2 millions dans les cinq DROM⁴. L’objectif de cette partie est de décrire les contextes démographiques, mais aussi économiques et sociaux de chacun de ces territoires. Les principaux indicateurs évoqués sont résumés dans le tableau ci-dessous (*Tableau 2*). Une description plus détaillée de ces indicateurs est disponible par la suite pour chacun des départements d’Outre-Mer.

Tableau 2. Principaux indicateurs par DROM et en France métropolitaine

	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte	France métropolitaine
Population et évolution						
Population (estimation au 1^{er} janvier 2020)	376 900	358 700	290 700	860 000	279 500	64 898 000
Densité moyenne en hab/km² (1^{er} janvier 2020)	221	318	3	343	747	119
Variation annuelle moyenne (2013-2018) *	- 0,7 %	- 0,9 %	2,5 %	0,5 %	3,8 %	0,4 %
<i>Due au solde naturel</i>	0,4 %	0,2 %	2,4 %	1,1 %	3,3 %	0,3 %
<i>Due au solde migratoire</i>	- 1,1 %	- 1,1 %	0,1 %	- 0,6 %	0,5 %	0,1 %
Structure par âge						
Indice de vieillissement (2018) **	73,5	89,4	13	37,9	5	81,9 ***
Fécondité						
ICF (2020)	2,33	1,93	3,6	2,41	4,54	1,79
Age moyen à la maternité (2020)	30,1	29,8	28,8	29,2	28,9	30,9
Espérance de vie						
Hommes (2020)	77	78,6	77,5	77,3	72,3	79,2
Femmes (2020)	83,6	84,7	83,2	84,6	73,6	85,2
Contexte social						
Population pauvre (2017)	34,5 %	28,6 %	52,9 %	38,3 %	77,3 %	14,1 %
Taux de chômage au sens du BIT (2019)	20,5 %	14,9 %	19,9 %	21,3 %	30 %	8,4 % ****

Source : Insee

Champ : Population française

* : Pour Mayotte, variation pour la période 2012-2017

** : Pour Mayotte, en 2017

*** : Niveau national

**** : France hors Mayotte

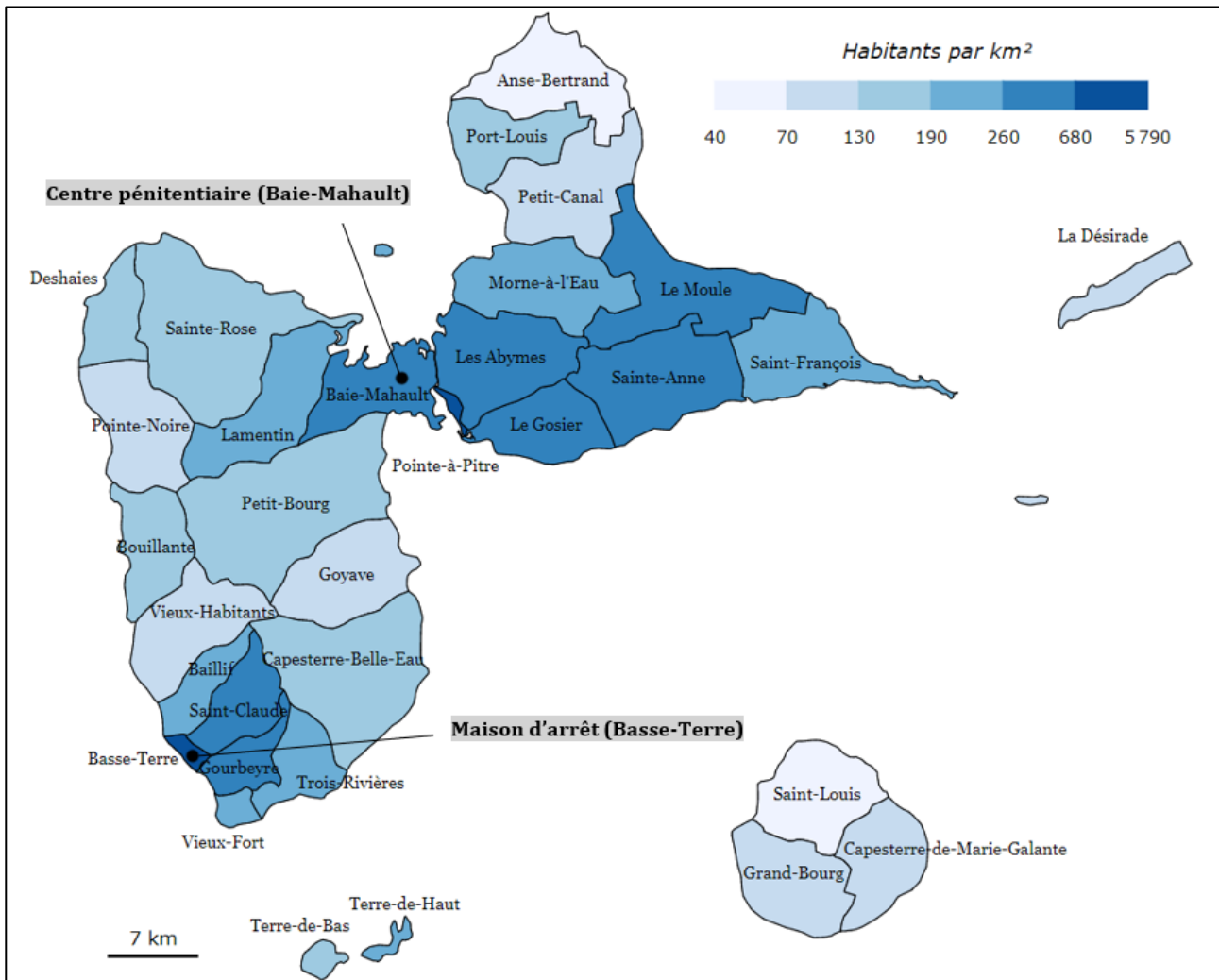
⁴ INSEE, « Tableaux de l’économie française - Édition 2020 », 27 février 2020. [Régions – Départements – Tableaux de l’économie française | Insee](#) [consulté le : 26/08/21]

Contexte démographique

Guadeloupe

D'après l'INSEE, la Guadeloupe comptait 376 900 habitants au 1^{er} janvier 2020, soit une densité moyenne de 221 habitants par km²⁵. La Guadeloupe est ainsi la 5^e région française la plus densément peuplée. La commune de Pointe-à-Pitre, avec 5 793 habitants par km², est celle où la densité de population est la plus forte, au contraire de Saint-Louis, avec seulement 43 habitants par km² (Figure 1). Les établissements étudiés dans la présente enquête sont le centre pénitentiaire de Baie-Mahault, et la maison d'arrêt de Basse-Terre.

Figure 1. Densité de population en 2018 en Guadeloupe



Source : Insee, RP2018 exploitation principale, géographie au 01/01/2021.

Champ : Population de la Guadeloupe au 1^{er} janvier 2018.

Note de lecture : En 2018, les communes de Pointe-à-Pitre et Basse-Terre sont les plus densément peuplées de la région.

Carte réalisée avec **Magrit**.

⁵ INSEE, « Tableaux de l'économie française- Édition 2020 », 27 février 2020. [Régions – Départements – Tableaux de l'économie française | Insee](#) [consulté le : 30/08/21]

Si la population guadeloupéenne tendait à rester plutôt stable depuis le début des années 2000, elle diminue depuis quelques années : entre 2013 et 2018, cette baisse s'est faite à un rythme de 0,7 % par an en moyenne⁶. Ceci s'explique par le fait que son solde naturel⁷ (0,4 %) ne compense plus son solde migratoire⁸ négatif (-1,1 %). En effet, si ce dernier est négatif depuis plusieurs décennies, le surplus de naissances sur les décès parvenait jusqu'alors à compenser cette baisse de la population due aux migrations.

La structure par âge et sexe de la population guadeloupéenne est révélatrice d'une population toujours relativement jeune, la base de la pyramide étant un peu plus large que celle de la France entière (*Figure 2*). Au 1^{er} janvier 2018, 25,5 % de sa population était âgée de moins de 20 ans, contre 24,2 % de la population de la France entière. De plus, son indice de vieillissement⁹ s'élevait à 73,5, contre 81,9 au niveau national. Le creux de la pyramide entre 20 et 45 ans, surtout chez les hommes, est la marque de migrations hors du département des personnes en âge d'être en emploi. Mais si la population de la Guadeloupe reste plus jeune qu'au niveau national, le département connaît un phénomène de vieillissement démographique important : si 17,7 % de sa population avait 60 ans ou plus en 2008, cette part s'élevait à 21,2 % en 2013, et à 25,6 % en 2018. Ce vieillissement de la population guadeloupéenne, et des DROM en général, peut s'expliquer par une baisse progressive de la fécondité dans ces territoires, conjuguée à une hausse de l'espérance de vie.

En 2020, la fécondité des Guadeloupéennes, mesurée par l'ICF¹⁰, s'élevait à 2,33 enfants par femme, contre 1,79 en France métropolitaine¹¹. La fécondité est également légèrement plus précoce, puisque l'âge moyen à la maternité y est de 30,1 ans, contre 30,9 ans en France métropolitaine¹². La Guadeloupe est cependant le DROM où la fécondité est la plus tardive. Comme dans tous les DROM, l'espérance de vie à la naissance¹³ des Guadeloupéens reste inférieure à celle de la population de France métropolitaine : 77,0 ans pour les hommes et 83,6 ans pour les femmes, contre respectivement 79,2 et 85,2 ans en métropole¹⁴.

⁶ INSEE, « Dossier complet – Département de la Guadeloupe », 26 août 2021. [Dossier complet – Département de la Guadeloupe \(971\) | Insee](#) [consulté le : 30/08/21]

⁷ Différence entre le nombre de naissances et de décès.

⁸ Différence entre les immigrations (entrées sur le territoire) et les émigrations (sorties du territoire).

⁹ Nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans.

¹⁰ Indicateur conjoncturel de fécondité, aussi appelé somme des naissances réduites : il s'agit de la somme des taux de fécondité par âge observés une année donnée. Cet indicateur donne le nombre moyen d'enfants qu'aurait une femme tout au long de sa vie dans les conditions de fécondité de l'année observée.

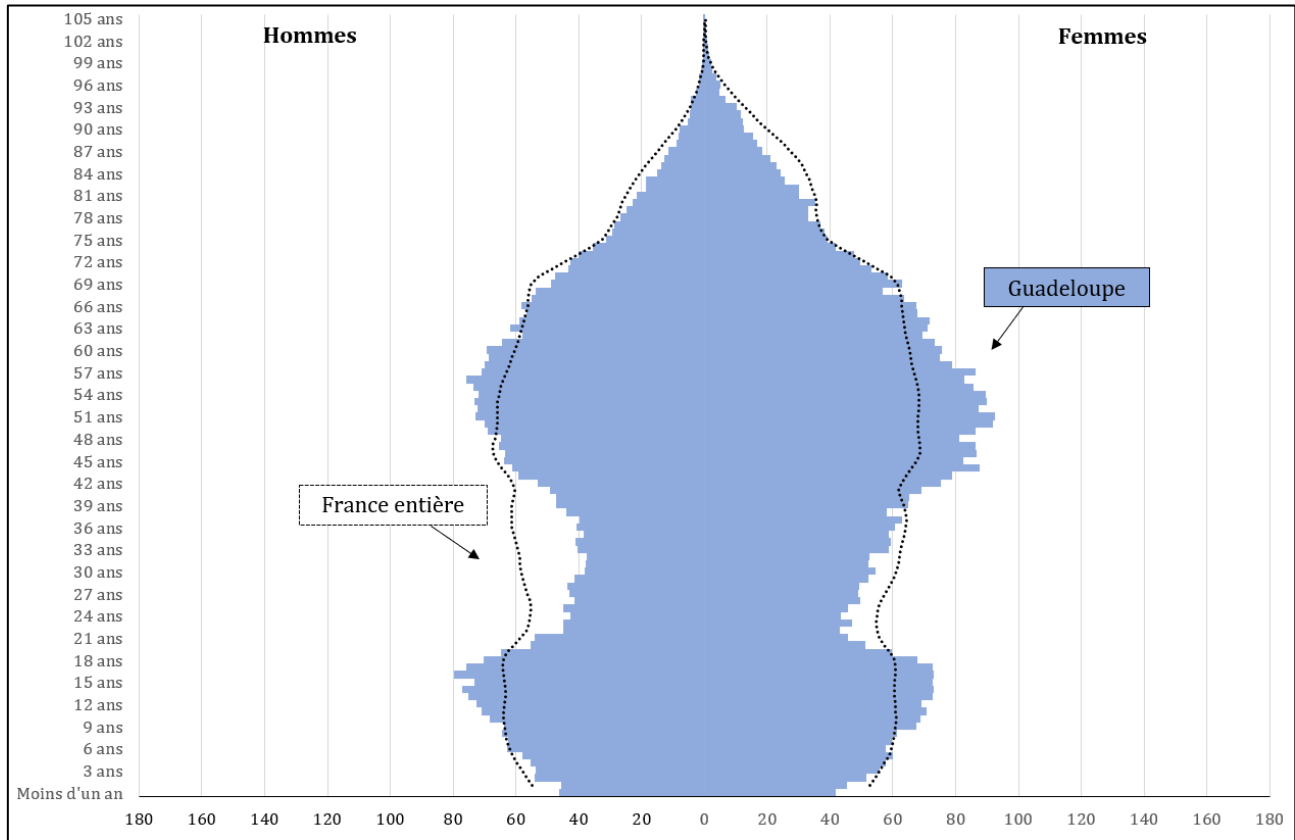
¹¹ INSEE, « Indicateur conjoncturel de fécondité en 2020 - Comparaisons régionales et départementales », 30 avril 2021. https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012734#tableau-TCRD_046_tab1_regions2016 [consulté le : 30/08/21]

¹² INSEE, « Taux de natalité et âge moyen de la mère à la naissance en 2020, et nombre de naissances en 2019 - Comparaisons régionales et départementales », 30 avril 2021. https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012761#tableau-TCRD_053_tab1_regions2016 [consulté le : 30/08/21]

¹³ Durée de vie moyenne d'une génération fictive qui connaîtrait, tout au long de son existence, les conditions de mortalité par âge de l'année considérée.

¹⁴ INSEE, « Espérance de vie en 2020 - Comparaisons régionales et départementales », 30 avril 2021. https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012749#tableau-TCRD_050_tab1_regions2016 [consulté le : 30/08/21]

Figure 2. Structure par âge et sexe au 1^{er} janvier 2018 (pour 10 000 habitants)



Source : Insee, RP2018 exploitation principale, géographie au 01/01/2021.

Champ : Populations de Guadeloupe et de la France entière au 1^{er} janvier 2018

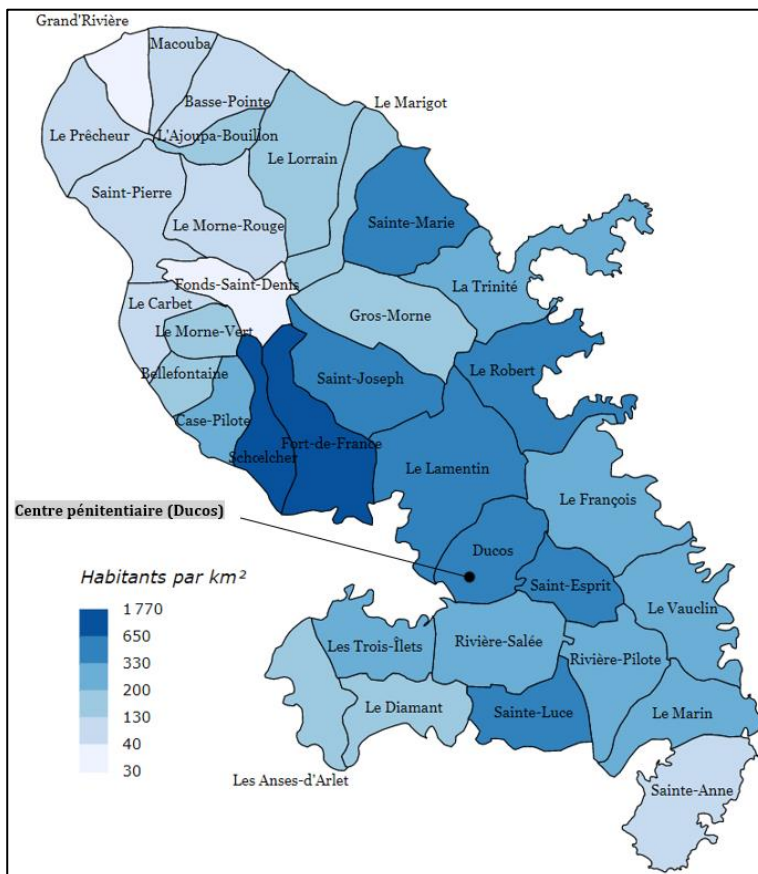
Note de lecture : En 2018, on comptait environ 47 hommes et 40 femmes de moins d'un an pour 10 000 habitants en Guadeloupe.

Martinique

Avec 358 700 habitants au 1^{er} janvier 2020 et 318 habitants par km², la Martinique est la 4^e région la plus densément peuplée de France. Fort-de-France se situe à la tête des communes les plus peuplées de cette région (1 767 habitants par km²). Les communes du nord de l'île sont quant à elles bien moins densément peuplées : jusqu'à seulement 29 habitants par km² pour Fonds-Saint-Denis (*Figure 3*). L'unique centre pénitentiaire de Martinique se situe à Ducos.

Comme la Guadeloupe, sa population diminue depuis plusieurs années : entre 2013 et 2018, la Martinique voyait sa population décroître de 0,9 % par an en moyenne¹⁵. Si la Martinique conserve un excédent de naissances sur les décès, le solde naturel (0,2 %) ne compense de la même façon plus le solde migratoire négatif (-1,1 %), en raison d'une forte baisse de la fécondité.

Figure 3. Densité de population en 2018 en Martinique



Source : Insee, RP2018 exploitation principale, géographie au 01/01/2021.

Champ : Population de la Martinique au 1^{er} janvier 2018.

Note de lecture : En 2018, la commune de Fort-de-France est la plus densément peuplée de la région.

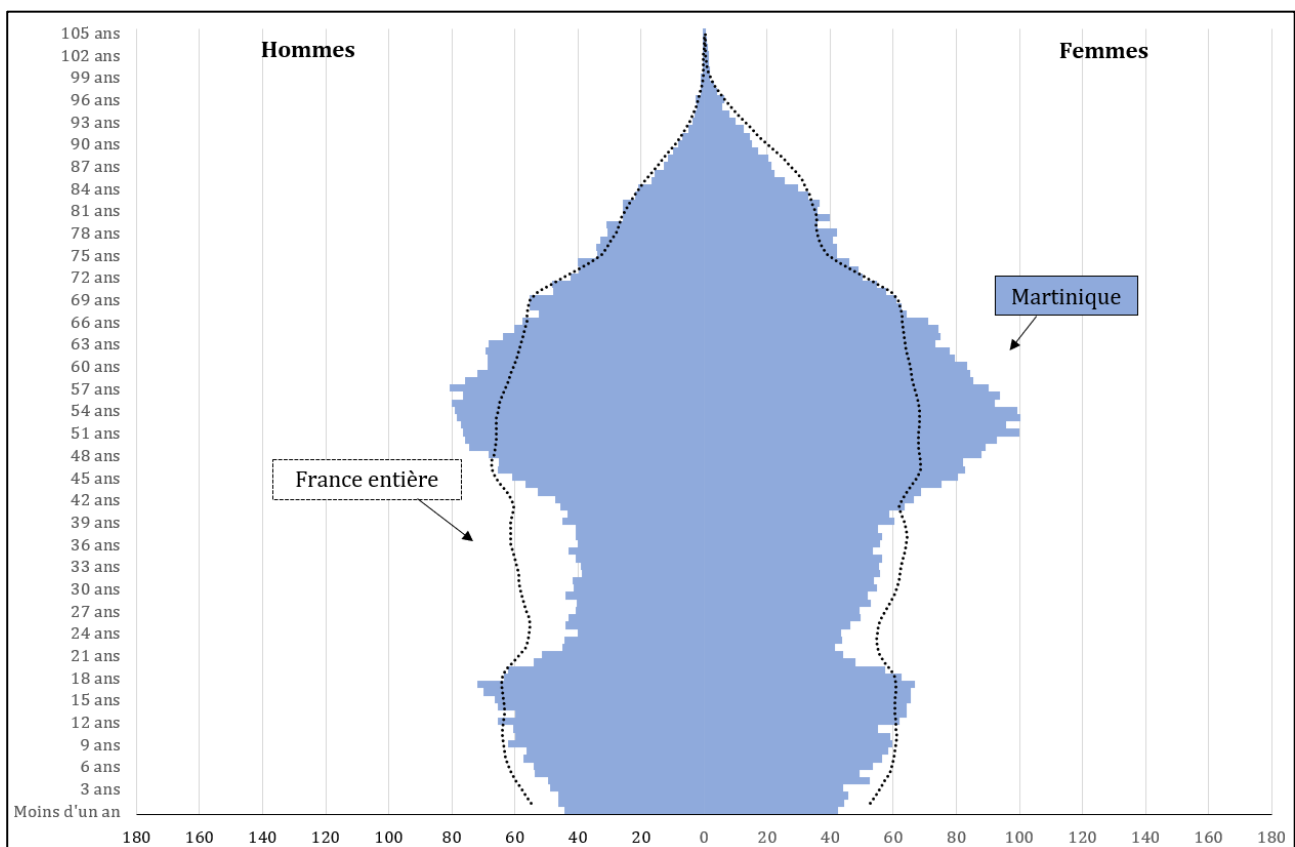
Carte réalisée avec Magrit.

¹⁵ INSEE, « Dossier complet – Département de la Martinique », 26 août 2021. [Dossier complet – Département de la Martinique \(972\) | Insee](#) [consulté le : 30/08/21]

La Martinique se distingue des autres départements d’Outre-Mer par une population plutôt âgée, comme en témoigne le profil de sa pyramide des âges, dont le sommet est plus large que la pyramide relative à la France entière (*Figure 4*). Au 1^{er} janvier 2018, la part de sa population de moins de 20 ans est alors plus faible que dans cette dernière : 22,9 %, contre 24,2 %. Par ailleurs, son indice de vieillissement est également plus élevé : on comptait à cette date 89,4 personnes de 65 ans ou plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans en Martinique, contre 81,9 à l’échelle de la France entière. Ce vieillissement de la population martiniquaise s’est largement accentué ces dernières années : si 19,2 % de sa population avait 60 ans ou plus en 2008, cette part s’élevait à 23,1 % en 2013, et 27,8 % en 2018, soit plus d’un quart de sa population.

L’ICF de la Martinique est alors le plus faible des DROM, tout en restant plus élevé qu’en France métropolitaine : respectivement 1,93 et 1,79 enfants par femme en 2020. La fécondité y reste également plus précoce qu’en Guadeloupe, l’âge moyen à la maternité s’élevant à 29,8 ans. La Martinique est finalement le DROM où l’espérance de vie à la naissance est la plus élevée : 78,6 ans pour les hommes, et 84,7 ans pour les femmes.

Figure 4. Structure par âge et sexe au 1^{er} janvier 2018 (pour 10 000 habitants)



Source : Insee, RP2018 exploitation principale, géographie au 01/01/2021.

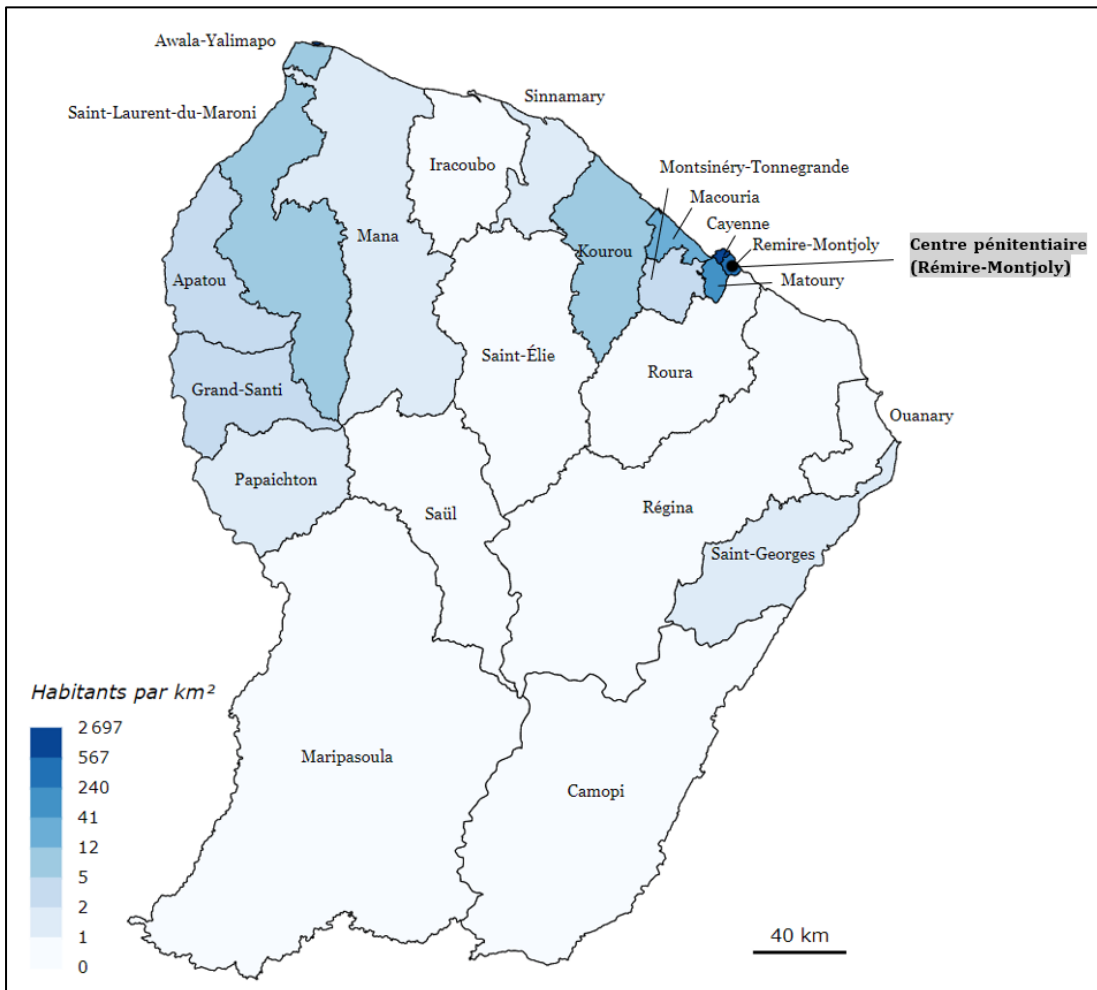
Champ : Populations de Martinique et de la France entière au 1^{er} janvier 2018

Note de lecture : En 2018, on comptait environ 80 hommes de 57 ans en Martinique pour 10 000 habitants, contre près de 60 à l’échelle de la France entière.

Guyane

L'INSEE estime la population de la Guyane au 1^{er} janvier 2020 à 290 700 habitants. Avec en moyenne seulement 3 habitants par km², la Guyane est de très loin la région française la moins densément peuplée. Cayenne concentre une grande part de sa population : 63 652 habitants en 2018, soit 2 697 habitants par km² (Figure 5). Le centre pénitentiaire de Guyane se situe à Remire-Montjoly, une commune située directement à l'est de Cayenne. Cette dernière est la seconde commune du territoire la plus densément peuplée, avec 567 habitants par km². Les autres communes de Guyane le sont bien moins, plusieurs d'entre elles présentant moins d'1 habitant par km². C'est notamment le cas de Saül, avec seulement 152 habitants recensés en 2018, soit une densité de 0,03 habitants/km².

Figure 5. Densité de population en 2018 en Guyane



Source : Insee, RP2018 exploitation principale, géographie au 01/01/2021.

Champ : Population de la Guyane au 1^{er} janvier 2018.

Note de lecture : En 2018, la commune de Cayenne est la plus densément peuplée de la région, avec 2 697 habitants/km².

Carte réalisée avec **Magrit**.

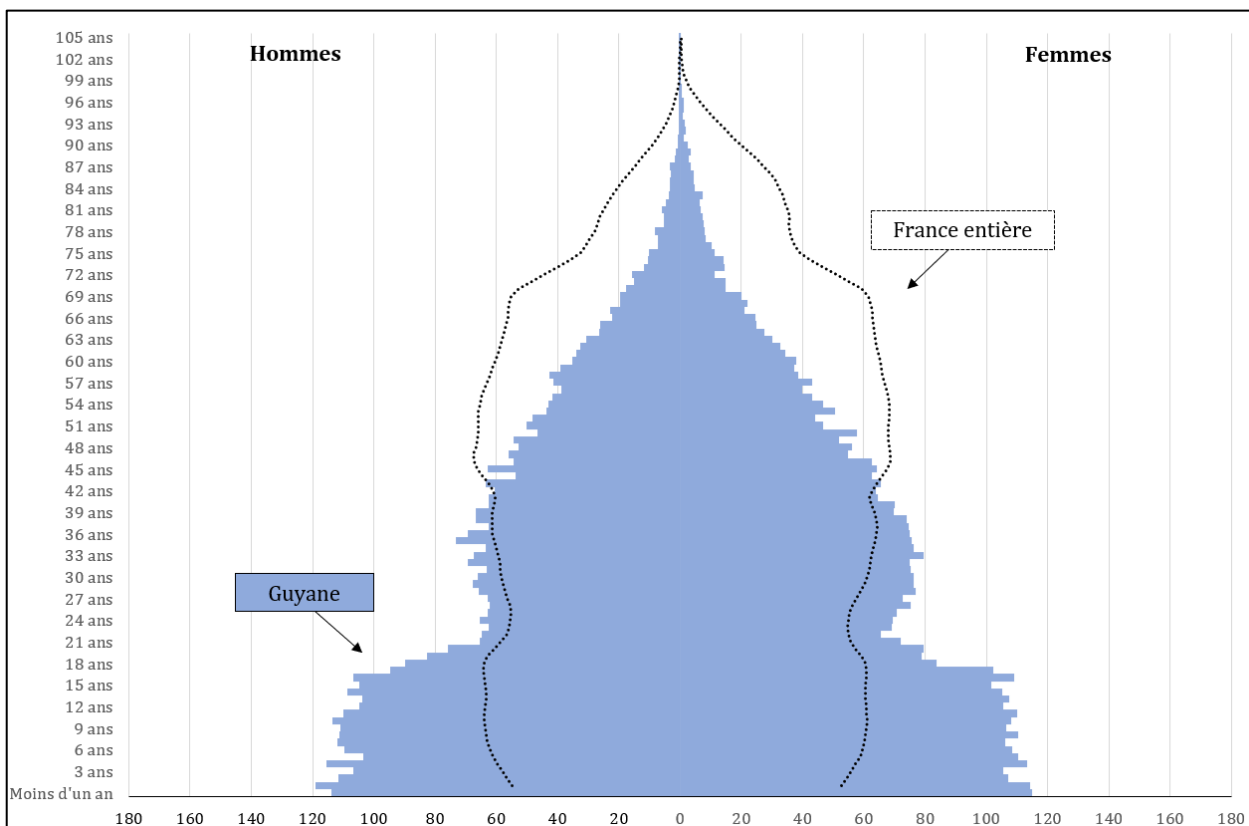
Contrairement aux Antilles, la population de la Guyane est en constante augmentation depuis plusieurs décennies. Entre 2013 et 2018, sa population augmentait de 2,5 % par an en

moyenne¹⁶. Cette hausse est due principalement à un excédent des naissances sur les décès (2,4 %), mais aussi à un faible excédent des arrivées dans le département sur les départs (0,1 %).

La Guyane est un département très jeune, comme en témoigne la base élargie de sa pyramide des âges (*Figure 6*). Au 1^{er} janvier 2018, 42,4 % de sa population avait moins de 20 ans (24,2 % pour la France entière). Son indice de vieillissement est le plus faible de France, hors Mayotte : on compte 13 personnes de 65 ans ou plus sur son territoire pour 100 jeunes de moins de 20 ans, contre 81,9 au niveau national. Malgré la jeunesse de sa population, la Guyane n'échappe cependant pas au processus de vieillissement de sa population. En effet, si 6 % de sa population avait 60 ans ou plus en 2008, cette part s'élevait à 7,2 % en 2013, et 8,7 % en 2018. Si ce vieillissement est moins marqué que dans les Antilles, il devrait cependant s'accroître dans les années à venir.

La Guyane se distingue par une fécondité à la fois forte et précoce : 3,6 enfants par femme en 2020, avec un âge moyen à la maternité de 28,8 ans. Il s'agit du second département français avec la plus forte fécondité, derrière Mayotte. L'espérance de vie à la naissance y est cependant plus faible de quelques points par rapport à la France métropolitaine : respectivement 77,5 et 79,2 ans pour les hommes, et 83,2 contre 85,2 pour les femmes.

Figure 6. Structure par âge et sexe au 1^{er} janvier 2018 (pour 10 000 habitants)



Source : Insee, RP2018 exploitation principale, géographie au 01/01/2021.

Champ : Populations de Guyane et de la France entière au 1^{er} janvier 2018

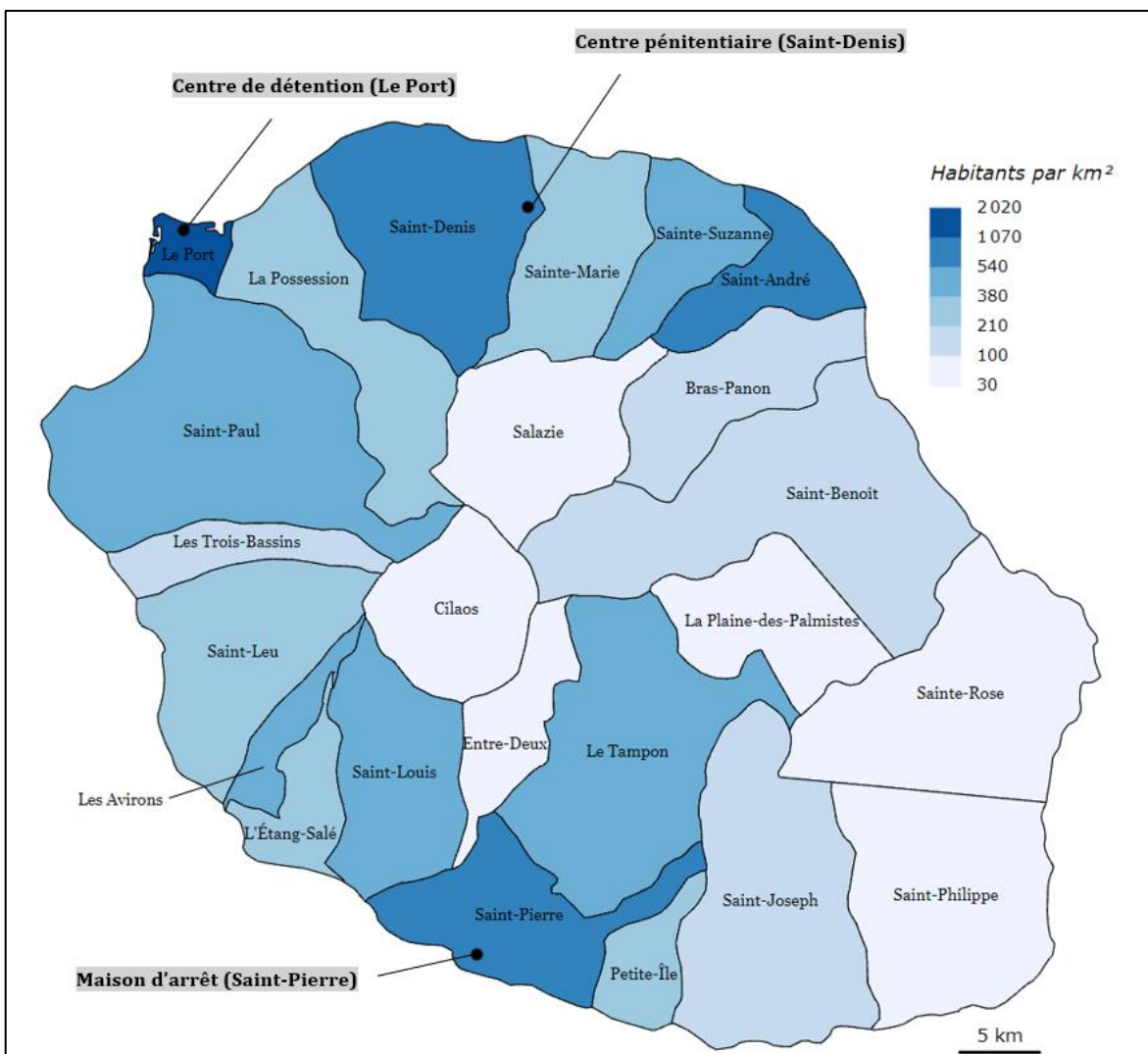
Note de lecture : En 2018, on comptait environ 115 hommes et 115 femmes de moins d'un an pour 10 000 habitants en Guyane.

¹⁶ INSEE, « Dossier complet – Département de la Guyane », 26 août 2021. [Dossier complet – Département de la Guyane \(973\) | Insee](#) [consulté le : 30/08/21]

La Réunion

L'INSEE estime que La Réunion comptait près de 860 000 habitants au 1^{er} janvier 2020. La densité moyenne y était alors d'environ 343 habitants par km², faisant de cette île la 3^e région française la plus densément peuplée, et cela malgré une grande part de son territoire peu ou pas habitée : notamment les cirques (Salazie, Mafate, Cilaos) et les environs du volcan dans le sud-est. Les communes du nord et de l'ouest de l'île sont au contraire plus densément peuplées, avec jusqu'à 2 018 habitants par km² dans la commune du Port en 2018 (Figure 7). La Réunion compte 3 établissements pénitentiaires : une maison d'arrêt à Saint-Pierre dans le sud de l'île, un centre de détention dans la commune du Port, et un centre pénitentiaire regroupant une maison d'arrêt et un centre de détention à Saint-Denis, le chef-lieu de La Réunion.

Figure 7. Densité de population en 2018 à La Réunion



Source : Insee, RP2018 exploitation principale, géographie au 01/01/2021.

Champ : Population de La Réunion au 1^{er} janvier 2018.

Note de lecture : En 2018, la commune du Port est la plus densément peuplée de la région.

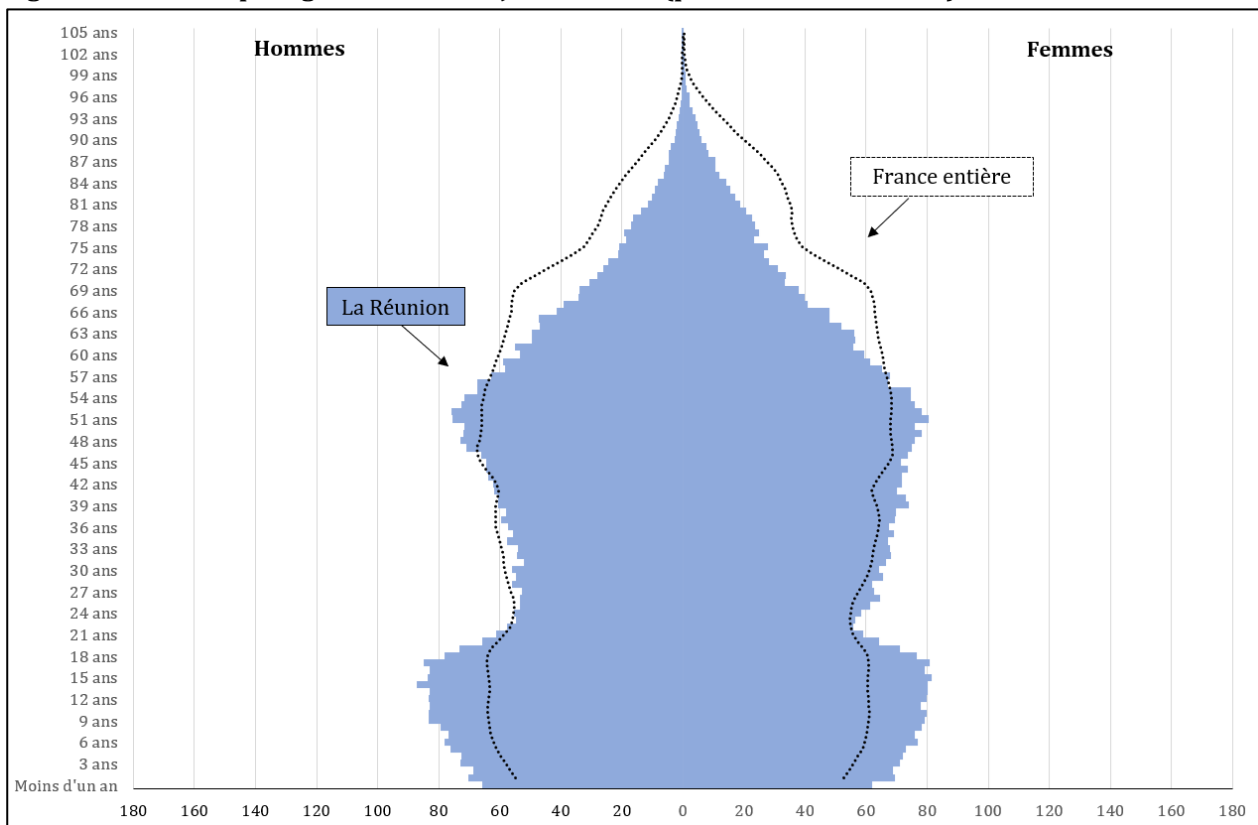
Carte réalisée avec **Magrit**.

Entre 2013 et 2018, sa population s’est accrue à un rythme de 0,5 % par an en moyenne. Le solde naturel était alors le seul moteur de la croissance démographique (1,1 %), le solde migratoire étant négatif sur cette période (-0,6 %)¹⁷. La croissance de la population réunionnaise est en outre bien moins rapide qu’auparavant : 1,8 % par an entre 1990 et 1999 et 1,5 % par an entre 1999 et 2009.

La structure par âge et sexe de la population réunionnaise est révélatrice d’une population relativement jeune, avec une base de la pyramide plus large que celle de la France entière (*Figure 8*). 30,8 % de sa population avait moins de 20 ans au 1^{er} janvier 2018, contre 24,2 % de la population de la France entière. L’indice de vieillissement y était alors de 37,9, contre 81,9 au niveau national. Cependant, comme les autres DROM, la population réunionnaise tend à vieillir : si la part des personnes de 60 ans ou plus s’élevait à 11,6 % en 2008, elle est passée à 13,9 % en 2013, et à 17 % en 2018, soit une hausse de plus de 5 points en 10 ans.

La Réunion se distingue également de la métropole par une fécondité plus forte et précoce : l’ICF était en 2020 de 2,41 enfants par femme, et l’âge à la maternité s’y élevait à 29,2 ans en moyenne. Avec une espérance de vie à la naissance de 77,3 ans pour les hommes et 84,6 ans pour les femmes, La Réunion présente, tout comme les autres départements d’Outre-Mer, une espérance de vie plus faible qu’en France métropolitaine.

Figure 8. Structure par âge et sexe au 1^{er} janvier 2018 (pour 10 000 habitants)



Source : Insee, RP2018 exploitation principale, géographie au 01/01/2021.

Champ : Populations de La Réunion et de la France entière au 1^{er} janvier 2018

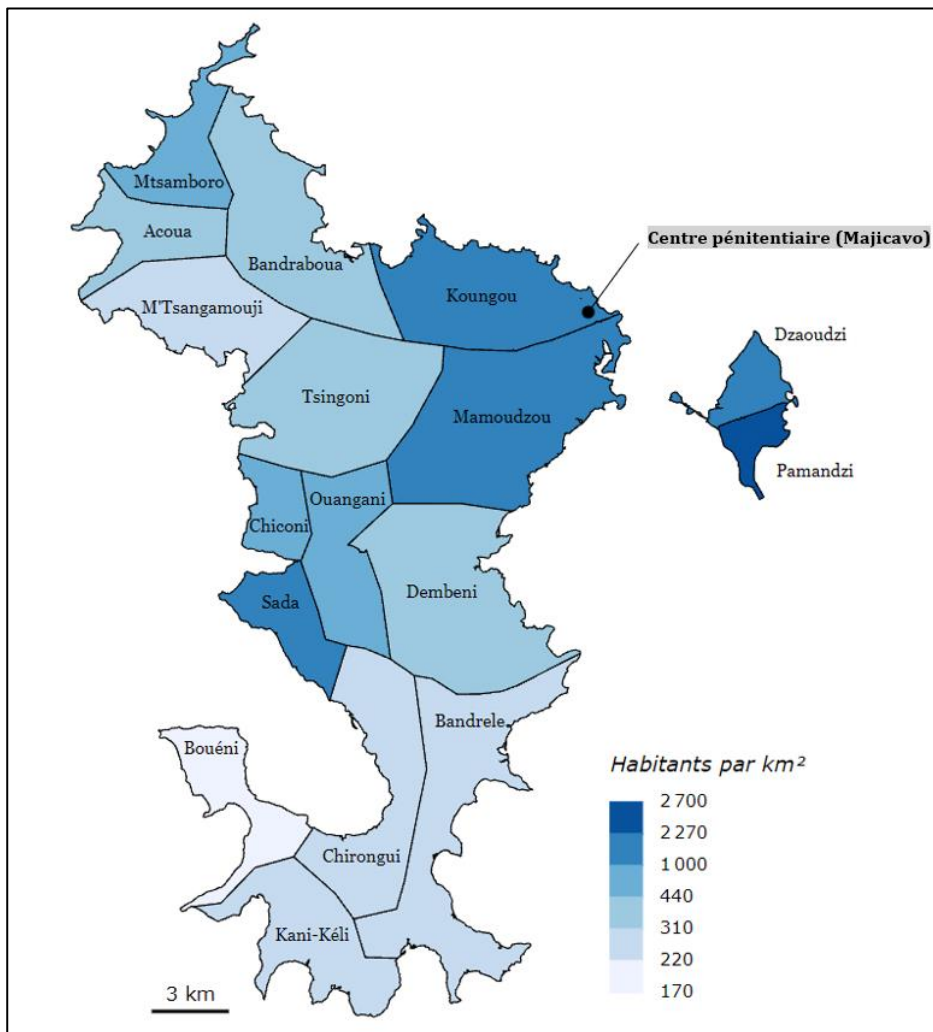
Note de lecture : En 2018, on comptait environ 66 hommes et 62 femmes de moins d'un an pour 10 000 habitants à La Réunion.

¹⁷ INSEE, « Dossier complet – Département de La Réunion (974) », 26 août 2021. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-974> [consulté le : 30/08/21]

Mayotte

Mayotte est finalement le DROM le plus faiblement peuplé, avec environ 279 500 habitants au 1^{er} janvier 2020 d'après l'INSEE. Malgré cela, la petite taille de son territoire dresse Mayotte à la seconde place des régions les plus densément peuplées, avec en moyenne 747 habitants par km², derrière l'Île-de-France (1022 hab/km²). Si Mamoudzou est de loin la commune la plus peuplée en termes d'effectifs de population (71 437), Pamandzi et Dzaoudzi le sont plus en termes de densité, avec respectivement 2 699 et 2 266 habitants par km² en 2017 (*Figure 9*). Le sud de Mayotte est quant à lui moins densément peuplé. Le centre pénitentiaire de Majicavo se situe au nord de Mamoudzou.

Figure 9. Densité de population en 2017 à Mayotte



Source : Insee, RP2017 exploitation principale, géographie au 01/01/2021.

Champ : Population de Mayotte au 1^{er} janvier 2017.

Note de lecture : En 2017, la commune de Pamandzi est la plus densément peuplée du département.

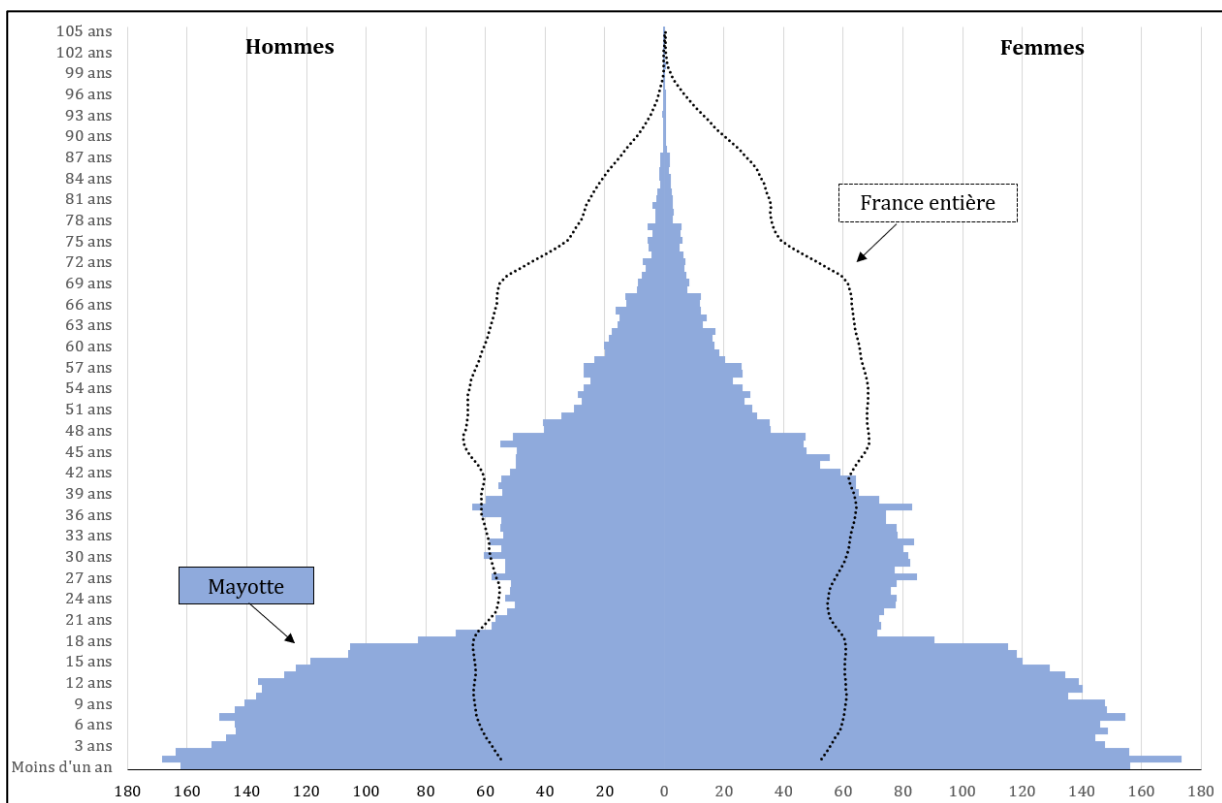
Carte réalisée avec **Magrit**.

Par ailleurs, avec une hausse de sa population de 3,8 % par an en moyenne entre 2012 et 2017, Mayotte est le département français ayant la plus forte croissance démographique, devant la Guyane (Genay et Merceron, 2017). Cette forte croissance est principalement portée

par un fort excédent des naissances sur les décès : d'après l'INSEE, l'évolution due au solde naturel s'élevait à 3,3 %. Le solde migratoire était alors également positif sur cette période (0,5 %)¹⁸. L'immigration a en effet été particulièrement importante en provenance des Comores, d'où un solde migratoire positif malgré un nombre de départs important. Cependant, les migrations sont un phénomène variable, qui dépend de nombreux facteurs : politiques migratoires, situations économiques et sociales de Mayotte et des zones géographiques alentours, etc. Ainsi, si le solde migratoire est positif entre 2012 et 2017, il a au contraire été négatif entre 2007 et 2012, avec un nombre de départs surplombant celui des arrivées sur le territoire (Besson et Merceron, 2020).

Mayotte est le département français le plus jeune, sa structure par âge et sexe étant proche de celles de pays en développement (*Figure 10*) : une base de la pyramide très étalée, et un sommet effilé, signe d'une très faible part de population âgée. En effet, en 2017, 53,8 % de sa population a moins de 20 ans, une part plus de deux fois supérieure au niveau national (24,2 %). L'indice de vieillissement (voir *supra*) n'y est que de 5. Avec un ICF de 4,54 enfants par femme en 2020, Mayotte est de loin le territoire français où la fécondité est la plus forte. Les maternités y sont également plus précoces : 28,9 ans en moyenne d'après l'INSEE. Mayotte se distingue aussi par une espérance de vie bien plus faible qu'ailleurs : 72,3 ans pour les hommes, et 73,6 ans pour les femmes, soit respectivement 6,9 et 11,6 ans de différence avec la métropole.

Figure 10. Structure par âge et sexe au 1^{er} janvier 2017 (pour 10 000 habitants)



Source : Insee, RP2017 exploitation principale, géographie au 01/01/2021.

Champ : Populations de Mayotte et de la France entière au 1^{er} janvier 2017

Note de lecture : En 2017, on comptait environ 162 hommes et 157 femmes de moins d'un an pour 10 000 habitants à Mayotte.

¹⁸ INSEE, « L'essentiel sur... Mayotte », 29 avril 2021. [L'essentiel sur... Mayotte | Insee](#) [consulté le : 04/10/21]

Un contexte économique et social dégradé

Les DROM font partie des régions françaises les plus précaires. Selon l'INSEE, 28,6 % de la population martiniquaise et 34,5 % de la population guadeloupéenne vivaient sous le seuil de pauvreté en 2017, contre 14,1 % en France métropolitaine¹⁹. La situation est plus dégradée à La Réunion, où 38,3 % de la population est concernée. Mais c'est en Guyane et à Mayotte que la situation est la plus critique : à cette même date, ce sont respectivement 52,9 % et 77,3 % de leurs populations qui étaient considérées comme pauvres. De surcroît, le coût de la vie est plus élevé Outre-Mer (Jaluzot *et al.*, 2016).

Ces départements se démarquent également par l'importance du chômage. Le taux de chômage au sens du BIT²⁰ s'élevait en 2019 à 14,9 % en Martinique, 19,9 % en Guyane, 20,5 % en Guadeloupe, 21,3 % à La Réunion, et 30 % à Mayotte (Fleuret et Jonzo, 2019). En comparaison, cette part s'élève à 8,4 % de la population en moyenne en France (hors Mayotte)²¹. Les jeunes souffrent tout particulièrement de cette situation.

Des difficultés sociales existent par ailleurs, notamment à Mayotte, où un important climat de tensions et de violences s'est développé. Entre janvier et octobre 2021, 7 personnes y ont perdu la vie lors d'agressions ou d'affrontements entre bandes rivales, dont des jeunes de 14 et 15 ans²². Autre exemple : fin 2020, le meurtre de Mhamadi Mroivili, un médiateur et ancien élu de la commune de Koungou, a entraîné de vives tensions²³.

Contexte de la santé mentale en population générale

Quelques enquêtes menées en population générale dressent le portrait de l'état de santé mentale des populations vivant dans les DROM. C'est notamment le cas de l'enquête « Santé Mentale en Population Générale » (SMPG), qui permet d'étudier la prévalence de troubles et les représentations de la santé mentale dans divers sites nationaux, mais aussi internationaux. Plusieurs DROM ont été concernés par l'une de ces enquêtes : la Martinique en 2000, la

¹⁹ INSEE Références, « France, portrait social Édition 2020 », 3 décembre 2020. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4797606?sommaire=4928952#tableau-figure3> [consulté le : 27/07/21]

²⁰ « Un chômeur au sens du Bureau International du Travail (BIT) est une personne âgée de 15 ans ou plus : sans emploi durant une semaine donnée ; disponible pour travailler dans les deux semaines ; qui a effectué, au cours des quatre dernières semaines, une démarche active de recherche d'emploi ou a trouvé un emploi qui commence dans les trois mois. » (INSEE)

²¹ INSEE Références, « Emploi, chômage, revenus du travail », 2 juillet 2020. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4501601?sommaire=4504425#tableau-figure2> [consulté le : 27/07/21]

²² France info la 1^{ère}, « Sept personnes tuées à Mayotte depuis le début de l'année », 11 octobre 2021. <https://la1ere.francetvinfo.fr/mayotte/sept-personnes-tuees-a-mayotte-depuis-le-debut-de-l-annee-1125571.html> [consulté le : 12/10/21]

²³ France info la 1^{ère}, « Barrages à Koungou après la mort de Mhamadi Mroivili », 19 décembre 2020. <https://la1ere.francetvinfo.fr/mayotte/koungou/barrages-a-koungou-apres-la-mort-de-mhamadi-mroivili-904580.html> [consulté le : 12/10/21]

Guadeloupe en 2012-2014, et Mayotte en 2015²⁴. D'après cette étude, les troubles psychiques touchaient notamment 34 % de la population guadeloupéenne en 2014, avec une prédominance de femmes et de jeunes concernés²⁵. Une enquête SMPG menée sur plusieurs territoires de l'Océan Indien (deux sites à Madagascar, l'île Maurice, et La Réunion) dans les années 1990 et 2000 a permis, en réalisant des modèles de régression par site, de faire ressortir des facteurs significativement liés à certains troubles différents selon les territoires (Chabaud *et al.*, 2017). Notamment, l'étude montrait que La Réunion était le seul site à présenter un risque plus important de trouble mental en relation avec des niveaux faibles ou moyens de ressources.

L'enquête Baromètre Santé DOM 2014 étudie quant à elle quelques indicateurs de santé mentale en Guadeloupe, Martinique, Guyane, et à La Réunion (Robert *et al.*, 2017). Elle démontre notamment une plus grande prévalence des épisodes dépressifs caractérisés à La Réunion (8,4 % de la population, contre environ 6,3 % aux Antilles-Guyane), ainsi que des tentatives de suicide (7 %, contre 4,3 % en Guadeloupe, 4,7 % en Martinique, et 5,1 % en Guyane).

Plus récemment, l'enquête Santé DOM 2019 permet d'étudier le cas de la dépression dans les quatre DROM historiques, mais aussi à Mayotte. D'après cette étude, si la prévalence de la dépression à La Réunion est équivalente à celle de la métropole (11,3 %), les taux sont plus élevés en Guadeloupe, Martinique, Guyane, et surtout à Mayotte, où 20 % de la population serait concernée (Floury, 2021).

Par ailleurs, l'offre de soins en psychiatrie tend à être déficitaire dans les DROM. À La Réunion et en Martinique, on comptait notamment 16 professionnels de psychiatrie pour 100 000 habitants, contre 23 dans l'Hexagone (ARS La Réunion, 2020 / ARS Antilles-Guyane, 2020). En Guadeloupe et en Guyane, on en comptait respectivement 14 et 6 pour 100 000 habitants. La situation est la plus critique à Mayotte, où on comptait alors seulement 4 professionnels de psychiatrie pour 100 000 habitants (ARS Mayotte, 2019).

²⁴ Carte des sites où SMPG a été réalisé. https://www.google.com/maps/d/viewer?mid=13Q-uF615HywHsj_MbN89rNwnGUA&ll=-18.933508800484212%2C54.197380995211994&z=6 [consulté le : 12/08/21]

²⁵ Santé mentale en population générale : Images et Réalités en Guadeloupe. <https://ccomssantementalelillefrance.org/sites/ccoms.org/files/dossier%20de%20presse%20SMPG.pdf> [consulté le : 12/08/21]

II. État des lieux de la situation carcérale en Outre-Mer

Les conditions de détention constituent un facteur de risque important en matière de santé mentale. En effet, si de nombreuses personnes détenues présentent des troubles de la santé mentale en amont de leur incarcération, certaines périodes liées à la détention se révèlent particulièrement à risque quant au développement de pathologies, de par le stress important qu'elles peuvent engendrer. C'est notamment le cas du début de l'incarcération, de l'approche de la libération ou d'un transfèrement, de sanctions (quartier disciplinaire), etc. (Fovet et Thomas, 2017). Par exemple, l'entrée en incarcération constitue pour la majorité des prisonniers une rupture violente dans leur parcours de vie (rupture conjugale, perte d'emploi, etc.), et s'accompagne, souvent, d'un appauvrissement important (Lancelevée et Scheer, 2019). Plus largement, les conditions d'incarcération elles-mêmes peuvent participer au développement de troubles mentaux (inactivité, incertitude, impuissance, etc.). Notamment, l'isolement, la surpopulation carcérale et la qualité des relations sociales en prison (violences, activités proposées) et au-delà (maintien des liens familiaux) représentent un facteur de risque important.

Dans ce contexte, il apparaît particulièrement important de contextualiser les résultats de ce volet de l'étude par quelques éléments de cadrage sur la situation carcérale dans les départements d'Outre-Mer. Les données statistiques fournies par la DAP permettent de caractériser en partie la population carcérale. Il s'agit ici d'étudier différents enjeux liés à cette population, et aux conditions de détention dans ces territoires. La présente étude porte sur les établissements pénitentiaires des cinq départements d'Outre-Mer :

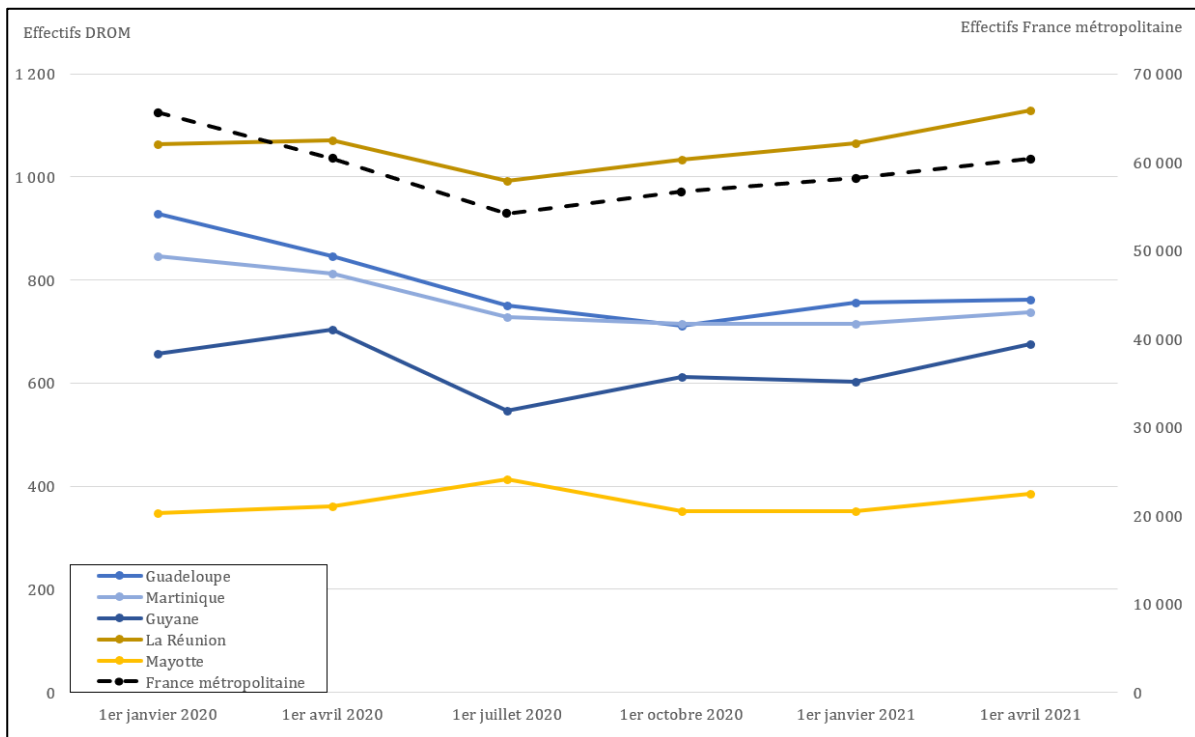
- Guadeloupe : centre pénitentiaire de **Baie-Mahault** et maison d'arrêt de **Basse-Terre**
- Martinique : centre pénitentiaire de **Ducos**
- Guyane : centre pénitentiaire de **Remire-Montjoly**
- La Réunion : maison d'arrêt de **Saint-Pierre**, centre pénitentiaire de **Saint-Denis**, centre de détention du **Port**
- Mayotte : centre pénitentiaire de **Majicavo**

Évolution de la population carcérale en Outre-Mer

Au 1^{er} janvier 2015, on dénombrait 3 682 personnes écrouées détenues dans les maisons d'arrêt et établissements pour peine des 5 départements d'Outre-Mer. Au 1^{er} janvier 2020, cet effectif s'élevait à 3 841 personnes, soit un taux d'accroissement de 0,85 % par an en moyenne. Cette hausse est moindre qu'en France métropolitaine, où un taux d'accroissement annuel moyen de 1,24 % a été observé sur cette même période. Dans les DROM, l'augmentation de la population détenue ne s'est faite que dans les maisons d'arrêt, puisque dans les établissements pour peine, les effectifs ont au contraire légèrement diminué entre ces deux dates. L'évolution de la population écrouée détenue entre les 1^{er} janvier 2015 et 2020 n'a cependant pas été la même selon les territoires : si elle a diminué en Martinique et en Guyane (respectivement - 1,16 % et - 0,42 % par an en moyenne), elle s'est développée en Guadeloupe (1,09 %), à La Réunion (0,23 %), et surtout à Mayotte (13,53 %). Cette forte hausse à Mayotte s'explique par la hausse du nombre de places au centre pénitentiaire de Majicavo ayant eu lieu sur cette période.

Au 1^{er} janvier 2021, la population écrouée détenue a cependant diminué à 3 492 au total dans les DROM²⁶, ce qui peut notamment s’expliquer par les libérations anticipées ayant eu lieu en 2020 en raison de la pandémie de COVID-19 et la diminution du nombre d’incarcérations au cours de cette période (*Figure 11*). À Mayotte, la diminution a cependant été observée plus tardivement.

Figure 11. Évolution trimestrielle de la population écrouée détenue depuis le 1^{er} janvier 2020



Source : DAP - SDEX - Ex3 - Traitement infocentre pénitentiaire GENESIS

Champ : Population écrouée détenue en France métropolitaine et dans les 5 DROM

Occupation des places

La mesure de la densité carcérale permet de donner un aperçu des conditions de détention des personnes détenues. Dans l’ensemble des départements d’Outre-Mer, la densité carcérale²⁷ était de 101,1 % au 1^{er} janvier 2021. C’est moins qu’en France métropolitaine, où elle s’élevait alors à 103,6 %. C’est également moins que les années précédentes : la densité dans les DROM était de 114,9 % au 1^{er} janvier 2019, et de 111 % au 1^{er} janvier 2020.

Dans les DROM, la densité carcérale dans les maisons d’arrêt était de 109,9 % au 1^{er} janvier 2021 (134,4 au 1^{er} janvier 2019). Au 1^{er} janvier 2021, seuls les établissements de La Réunion ne présentent pas de surpopulation carcérale : 100 % à St-Pierre, et 90,8 % à St-Denis (*Tableau 3*). La situation est la plus défavorable dans l’établissement de Baie-Mahault en Guadeloupe, où le quartier maison d’arrêt compte 140 personnes détenues pour 100 places opérationnelles. La maison d’arrêt de Basse-Terre présente quant à elle une densité carcérale

²⁶ 756 en Guadeloupe, 715 en Martinique, 603 en Guyane, 1 066 à La Réunion, et 352 à Mayotte.

²⁷ Rapport de la population écrouée détenue à la capacité opérationnelle des établissements

de 117,8 %, tout comme l'établissement de Majicavo (117,7 %). Dans les établissements et quartiers pour peine, les capacités maximales semblent atteintes dans le quartier centre de détention de Majicavo, où la densité carcérale serait d'après les données disponibles de 135,5 %²⁸. Aucun DROM ne présente au 1^{er} janvier 2021 de surpopulation carcérale dans les quartiers accueillant des mineurs ; il en est de même pour les places consacrées aux femmes détenues. Cependant, aux 1^{er} janvier 2019 et 2020, les établissements de Saint-Denis et de Remire-Montjoly présentaient des taux d'occupation des places de femmes importants (jusqu'à 146 % pour ce dernier en 2019).

Tableau 3. Densité carcérale au 1^{er} janvier 2021 (en %)

DROM	Établissement	Type	Densité (%)
Maisons d'Arrêt et quartiers de maisons d'arrêt			
Guadeloupe	Basse-Terre	MA	117,8
Guadeloupe	Baie-Mahault	qMA	140,0
Martinique	Ducos	qMA	111,9
Guyane	Remire-Montjoly	qMA	113,2
La Réunion	St Pierre	MA	100,0
La Réunion	St Denis	qMA	90,8
Mayotte	Majicavo	qMA	117,7
Ensemble des Maisons d'Arrêt et qMA			109,9
Établissements et quartiers pour peine			
Guadeloupe	Baie-Mahault	qCD	97,9
Martinique	Ducos	qCD	81,7
Guyane	Remire-Montjoly	qCD	83,8
La Réunion	Le Port	CD	85,8
La Réunion	St Denis	qCD	88,2
Mayotte	Majicavo	qCD	135,5
Ensemble des centres de détention et qCD			91,0

Source : DAP - SDEX - Ex3 - Traitement infocentre pénitentiaire GENESIS

Champ : Population écrouée détenue dans les 5 DROM au 1^{er} janvier 2021

MA : Maison d'arrêt

CD : Centre de détention

q : Quartier

Caractéristiques judiciaires de la population carcérale

Toujours au 1^{er} janvier 2021, 69,8 % des personnes écrouées dans les 5 DROM confondus sont condamnées (73 % en France métropolitaine), 26,7 % prévenues (23,8 % en métropole), et 3,4 % condamnées prévenues. Ces parts se retrouvent de manière semblable aux Antilles et en Guyane, tandis que La Réunion et Mayotte se distinguent de cette moyenne. À La Réunion, tous établissements compris, on comptait en effet 80,7 % de personnes condamnées,

²⁸ Ce taux aberrant de suroccupation carcérale en quartier de détention est lié à un problème de consolidation des données statistiques fournies par l'établissement.

contre seulement 17,5 % de prévenues, et 1,8 % de condamnées prévenues. Mayotte s'illustre au contraire par une forte proportion de personnes prévenues, 54 %, contre seulement 43,8 % de personnes condamnées.

Dans les départements d'Outre-Mer, on compte en proportion légèrement moins de peines criminelles qu'en France métropolitaine : 13,9 % contre 17 % (soit 86,1 % et 83 % de peines correctionnelles). Dans les établissements de Guadeloupe, Martinique, et Guyane, les parts de peines criminelles sont inférieures : respectivement 8,3 %, 10,7 % et 12,3 % des personnes condamnées ou condamnées prévenues sont concernées par ce type de peine. À La Réunion, le poids des condamnations criminelles est cependant plus important : 18,7 %, avec de fortes disparités selon l'établissement (33 % dans le centre de détention du Port, 1,4 % dans la maison d'arrêt de Saint-Pierre). Finalement, c'est à Mayotte que les peines criminelles sont les plus fréquentes : près d'un quart des condamnés et condamnés prévenus.

Démographie

Les femmes, les personnes âgées ou mineures sont particulièrement exposées aux risques de troubles psychiatriques en détention (Fovet *et al.*, 2020).

Au 1^{er} janvier 2021, on dénombrait 153 femmes écrouées dans les 5 DROM, dont 118 détenues. La population féminine représentait alors 3,7 % des personnes écrouées, et 3,4 % de celles détenues. Encore une fois, d'importantes disparités existent selon les départements. Les femmes sont les moins représentées parmi la population de personnes détenues à Mayotte (0,3 %). Elles représentent 2,6 % de l'ensemble de la population détenue à La Réunion, 2,9 % en Martinique, 3,2 % en Guadeloupe, et 7,3 % en Guyane.

L'âge médian des personnes écrouées (détenues ou non) au 1^{er} janvier 2021 s'échelonnait de 30 à 32 ans dans l'ensemble des établissements des DROM, hormis à Mayotte, où l'âge médian est de 24 ans, et à la Maison d'Arrêt de Saint-Pierre (34 ans). Si l'âge médian tend à rester stable en France métropolitaine depuis 2019 (32 ans), sa valeur a eu tendance à augmenter légèrement ces dernières années dans plusieurs des établissements des DROM : à la Maison d'Arrêt de Basse-Terre par exemple, l'âge médian est passé de 29 ans au 1^{er} janvier 2019 à 32 ans au 1^{er} janvier 2021.

À cette date, 7,7 % des personnes écrouées avaient de 50 à 60 ans, et 3,8 % avaient 60 ans ou plus. En France métropolitaine, ces parts sont légèrement supérieures (8,3 % et 4,3 %). Les établissements de Basse-Terre, Saint-Pierre et Le Port s'illustrent par une part de personnes âgées de plus de 50 ans plus importante : respectivement 15,6 %, 17,3 % et 18,8 %. Les centres pénitentiaires de Remire-Montjoly et de Majicavo présentent au contraire les parts les plus faibles, en lien avec leur population plus jeune : 7,1 % des personnes écrouées en Guyane avaient 50 ans ou plus, cette part n'étant que de 2,8 % à Mayotte. En particulier, seulement 2,3 % et 0,8 % de ces populations avaient 60 ans ou plus.

Au 1^{er} janvier 2021, les départements d'Outre-Mer comptaient 40 mineurs écroués détenus au sein de leurs établissements, soit 1,1 % de la population détenue à cette date. C'est autant qu'en France métropolitaine (1,2 %). La part des mineurs au sein de la population écrouée détenue est la plus faible en Guadeloupe et en Martinique (0,7 %). Elle s'élève à 1,1 % à La Réunion, 1,2 % en Guyane, et 3,1 % à Mayotte.

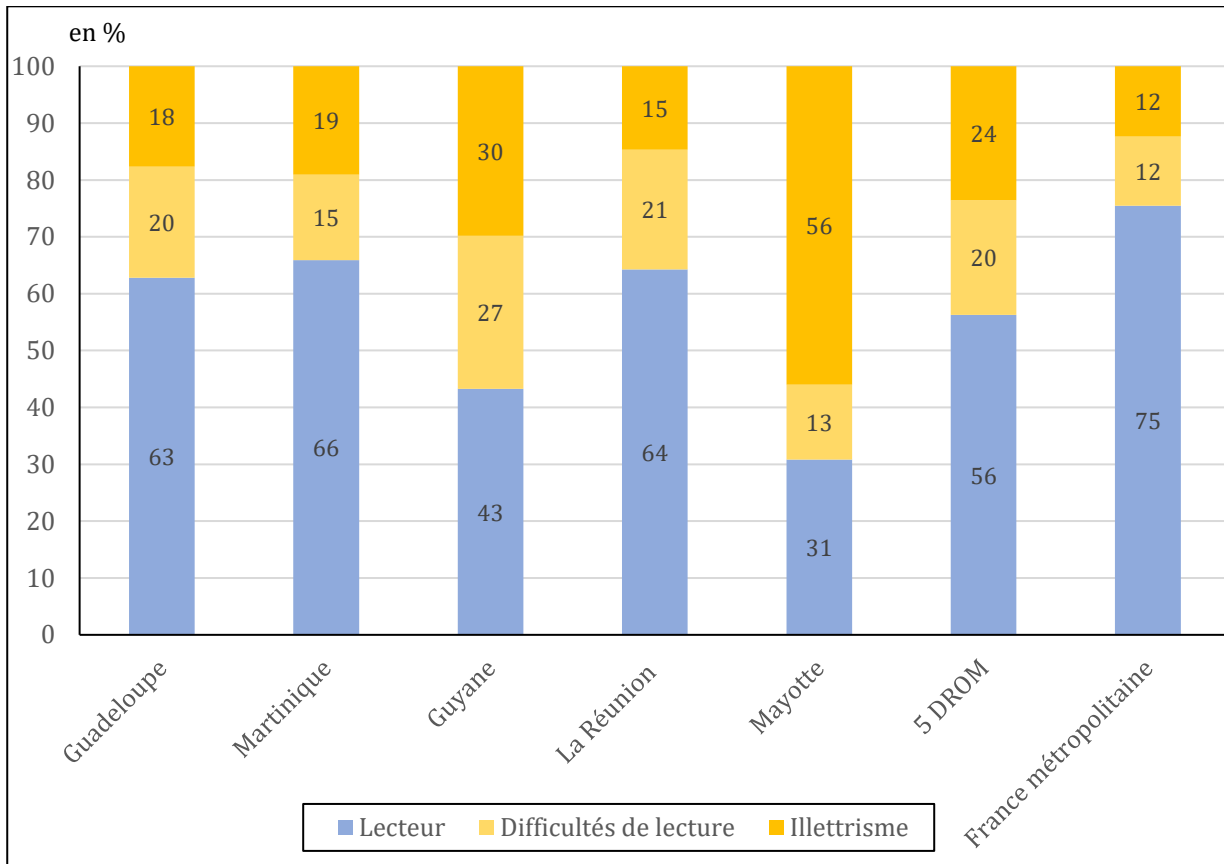
Enjeux divers

En France métropolitaine, 77,4 % des personnes écrouées sont de nationalité française. Les autres nationalités les plus représentées sont les nationalités algérienne (4,3 % des personnes écrouées), marocaine (3,1 %), et tunisienne (1,6 %).

En Guadeloupe, la part de personnes écrouées de nationalité française est plus importante : 87,5 %. 6,3 % sont originaires de Dominique, et 1,9 % de République Dominicaine. De même, en Martinique, 83,1 % des personnes écrouées sont de nationalité française. 9,1 % sont alors originaires de Sainte-Lucie, et 2,6 % ont la nationalité vénézuélienne. La Réunion est le DROM avec la plus forte part de personnes écrouées de nationalité française (98,1 %). Mayotte et la Guyane s'illustrent au contraire par une part bien plus faible de personnes de nationalité française au sein de la population écrouée : 53,8 % en Guyane, et 43,2 % à Mayotte. En Guyane, la nationalité surinamaïse est largement représentée (16,7 %), suivie des Brésiliens (12,5 %), soit les pays directement limitrophes. À Mayotte, plus de la moitié des personnes écrouées au 1^{er} janvier 2021 ont la nationalité comorienne (54,8 %). Les autres nationalités recensées (malgache, angolaise, etc.) sont très peu représentées. Ces fortes parts de personnes étrangères peuvent entraîner des difficultés lors de la prise en charge en santé mentale : si ces personnes étrangères ne parlent ou ne comprennent pas le français, on peut faire l'hypothèse qu'elles rencontrent plus de difficultés à bénéficier de soins en santé mentale, et ces soins devraient faire l'objet d'aménagements particuliers (appel à un traducteur pour faire le lien entre la personne détenue et le professionnel de santé).

Dans les établissements pénitentiaires des DROM, une part importante de la population écrouée pour laquelle le niveau de lecture est connu ne lit pas bien le français : 20,1 % de ces personnes rencontrent des difficultés de lecture, et 23,6 % sont considérées comme illettrées (*Figure 12*). En Guadeloupe, Martinique, et à La Réunion, de 63 à 66 % de la population écrouée lit sans difficultés. Sans surprise, c'est en Guyane et à Mayotte, où les parts d'étrangers parmi les personnes écrouées sont les plus élevées, que les difficultés de lecture en français sont les plus grandes. En Guyane, 26,9 % des personnes écrouées lisent avec difficultés, et près de 30 % ne lisent pas du tout. À Mayotte, si 13 % de la population écrouée lit avec difficultés, 56 % est considérée comme illettrée. En France métropolitaine, ces parts s'élèvent respectivement à 12,2 et 12,4 %. Cependant, notons que le niveau de lecture n'est pas connu pour de nombreuses personnes écrouées (35,4 % en métropole, et 52,8 % dans les départements d'Outre-Mer) : ces résultats ne sont donc tirés que d'un échantillon de la population écrouée.

Figure 12. Répartition de la population écrouée par niveau de lecture au 1^{er} janvier 2021



Source : Ministère de la Justice - DAP - SDEX - EX3 - Infocentre pénitentiaire

Champ : Population écrouée dans les 5 DROM et en France métropolitaine au 1^{er} janvier 2021

Dans les établissements d’Outre-Mer (TOM compris), une personne détenue passait en moyenne 14 mois en détention en 2020, contre 11 pour les personnes détenues en France métropolitaine. La durée moyenne de détention au sein des établissements diffère selon les DROM, les plus hautes se trouvant dans les établissements du Port à La Réunion et de Ducos en Martinique (*Tableau 4*).

Tableau 4. Durée moyenne de détention au sein des établissements pénitentiaires des DROM en 2020 (en mois)

DROM	Établissement	Durée moyenne
Guadeloupe	MA Basse-Terre	7,5
Guadeloupe	CP Baie-Mahault	15,2
Martinique	CP Ducos	18
Guyane	CP Remire-Montjoly	11,2
La Réunion	MA St Pierre	5
La Réunion	CP St Denis	8,9
La Réunion	CD Le Port	18,1
Mayotte	CP Majicavo	11,2

Source : Ministère de la Justice - DAP - SDEX - EX3 - Infocentre pénitentiaire / Traitement EX3

Champ : Population écrouée détenue dans les 5 DROM en 2020

Note de lecture : En 2020, la durée moyenne de détention dans la maison d'arrêt de Saint-Pierre était de 5 mois.

Seul l'établissement de Mayotte n'a pas compté de suicides entre 2018 et 2020, selon les données recueillies par la MOM. Un certain nombre de tentatives de suicide ont également été répertoriées sur cette période, notamment en Guyane et en Martinique ([Tableau 5](#)).

Tableau 5. Effectifs de suicides et tentatives de suicide entre 2018 et 2020 dans les établissements des DROM

DROM	Établissement	Tentatives de suicide	Suicides
Guadeloupe	MA Basse-Terre	3	2
Guadeloupe	CP Baie-Mahault	12	3
Martinique	CP Ducos	38	1
Guyane	CP Remire-Montjoly	47	3
La Réunion	MA St Pierre	15	2
La Réunion	CP St Denis	29	2
La Réunion	CD Le Port	21	1
Mayotte	CP Majicavo	13	0

Source : MOM

Champ : Population écrouée détenue dans les 5 DROM

MA : Maison d'arrêt

CD : Centre de détention

CP : Centre pénitentiaire

Les données de la MOM permettent également de connaître les effectifs de psychologues employés par l'administration pénitentiaire, les effectifs d'enseignants et de surveillants dans chacun des établissements ([Tableau 6](#)), de même que la présence ou non d'unités de vie familiale et de parloirs familiaux ([Tableau 7](#)).

Tableau 6. Effectifs de psychologues, surveillants et enseignants au 1^{er} janvier 2021

DROM	Établissement	Psychologues pénitentiaires	Surveillants	Enseignants
Guadeloupe	MA Basse-Terre	1 PP / 1 SPIP / 1 BS	56	2 PE à temps plein + 200 heures sup année
Guadeloupe	CP Baie-Mahault	1 PP / 1 SPIP / 1 BS	192	5 PE à temps plein + 900 heures sup année
Martinique	CP Ducos	1 PP	244	5 PE à temps plein + 900 heures sup année
Guyane	CP Remire-Montjoly	1 PP / 1 PEP / 1 SPIP	178	5 PE à temps plein + 500 heures sup année
La Réunion	MA St Pierre	ND	45	2 PE à temps plein+ 70 heures sup année
La Réunion	CP St Denis	2 PP pour les 3 établissements réunionnais / 1 SPIP / 1 BS	208	5,5 PE à temps plein + 1 PLP (18 heures par semaine) + 550 heures sup année
La Réunion	CD Le Port	1 PEP	158	2,5 PE à temps plein+ 550 heures sup année
Mayotte	CP Majicavo	1 PP	110	3 PE à temps plein + 300 heures sup année

Source : MOM

MA : Maison d'arrêt

CD : Centre de détention

CP : Centre pénitentiaire

BS : Psychologue exerçant dans le cadre du dispositif des « binômes de soutien »

PEP : Psychologue du « parcours d'exécution des peines »

SPIP : Psychologue exerçant en service pénitentiaire d'insertion et de probation

PP : Psychologue auprès des personnels pénitentiaires

PE : Professeurs des écoles (21 heures d'enseignement par semaine à temps plein)

702 heures =1 ETP

Tableau 7. Nombre d'UVF et de PF au 1^{er} janvier 2021

DROM	Établissement	UVF	PF
Guadeloupe	MA Basse-Terre (2023)	1	2
Guadeloupe	CP Baie-Mahault	3 (<i>suspendu</i>)	4 (<i>suspendu</i>)
Martinique	CP Ducos	/	/
Guyane	CP Remire-Montjoly	2 (<i>redéfinition du projet sans UVF</i>)	4 (<i>en études</i>)
La Réunion	MA St Pierre	/	/
La Réunion	CP St Denis	/	/
La Réunion	CD Le Port	/	Études en cours
Mayotte	CP Majicavo	2	2

Source : MOM

MA : Maison d'arrêt

CD : Centre de détention

CP : Centre pénitentiaire

UVF : Unité de vie familiale

PF : Parloirs familiaux

En conclusion, plusieurs enjeux sont apparus lors de l'analyse des données de l'administration pénitentiaire concernant les départements d'Outre-Mer. En premier lieu, la surpopulation carcérale en maison d'arrêt est une réalité dans l'ensemble de ces départements au 1^{er} janvier 2021, sauf à La Réunion. Certains établissements se démarquent également par une surreprésentation des sous-groupes de population connus comme vulnérables : par exemple les personnes âgées à La Réunion, et les mineurs à Mayotte. Dans certains territoires (Guyane et Mayotte notamment), l'importance de la population étrangère pourrait compliquer les communications lors de consultations en santé mentale.

Seconde partie : santé mentale en milieu carcéral dans les départements d’Outre-Mer

I. Introduction

Le volet « Outre-Mer » diffère des autres volets de l’étude SPCS : les personnes détenues n’ont pas été enquêtées directement, contrairement à la méthodologie employée pour les deux autres volets « hommes » et « femmes ». Ce choix s’explique par la difficulté à constituer un échantillon représentatif de la population carcérale de chacun des DROM. Face à la diversité des réalités locales, un échantillon unique de personnes détenues en « Outre-Mer » aurait posé des problèmes de représentativité. Enfin, la faible connaissance de l’offre de santé mentale en milieu carcéral dans les établissements pénitentiaires des DROM justifiait la mise en place d’une étude exploratoire, qui pourra éventuellement se poursuivre par une enquête auprès des personnes détenues, adaptée aux caractéristiques des DROM.

II. Méthodologie

Une enquête par questionnaire a été conduite entre juillet 2021 et septembre 2021 et complétée par des entretiens semi-directifs réalisés par téléphone en septembre et octobre 2021 auprès des professionnels exerçant au sein des USMP, s’occupant de la santé mentale des personnes détenues dans les DROM. Ont été interrogés les psychologues et psychiatres, mais aussi tous les autres professionnels dont l’activité est consacrée à la santé mentale des personnes détenues : cadres de santé, infirmiers, secrétaires médicales, etc.

Le questionnaire utilisé abordait plusieurs thématiques :

- **Caractéristiques personnelles** : informations sur le professionnel interrogé (lieu de naissance, ancienneté dans l’unité sanitaire, autres territoires d’exercice, etc.). *Ces éléments ne figurent pas dans les résultats de l’étude, afin de préserver l’anonymat des personnes ayant participé à l’enquête.*
- **Caractéristiques de l’unité sanitaire** : nombre de postes pourvus ou non au sein de l’unité sanitaire (par profession).
- **Troubles psychiatriques** : problématiques de santé mentale les plus courantes et importance de la problématique du suicide au sein de l’établissement.
- **Violences** : fréquence des violences entre différents acteurs (personnes détenues envers d’autres détenus, surveillants ou personnels soignants, mais aussi de surveillants vis-à-vis des personnes détenues) au sein des établissements pénitentiaires et nature des actes hétéro-agressifs rencontrés (bagarres physiques, insultes, etc.).
- **Dispositif de soins en santé mentale** : activités de soin en santé mentale au sein de l’unité sanitaire, et difficultés rencontrées pour la prise en charge des personnes détenues.

- **Addictologie** : problématiques liées aux addictions chez les personnes détenues rencontrées par les professionnels, et à leur prise en charge.
- **Articulation avec le dispositif de santé mentale** : relations entre l'unité sanitaire et d'autres établissements et services (SMPR, hôpitaux psychiatriques publics, UHSA, UMD) pour la prise en charge en santé mentale des personnes détenues.
- **La sortie de prison et la continuité des soins** : difficultés relatives à la période de libération.
- **Enjeux spécifiques aux départements d'Outre-Mer** : problématiques spécifiques aux DROM.
- **COVID-19** : impact de la pandémie de COVID-19 sur le travail des professionnels de psychiatrie travaillant auprès de personnes détenues.

Ce questionnaire a été diffusé auprès des professionnels travaillant au sein des maisons d'arrêt et établissements pour peine des départements d'Outre-Mer, de fin juillet à fin septembre 2021 au moyen de l'interface sécurisée Lime Survey.

III. Résultats

Au total, 11 personnes ont répondu au questionnaire écrit de façon complète, et 8 de façon partielle ([Tableau 8](#)). Différents corps de métiers sont représentés parmi les répondant.es : psychologues, psychiatres, infirmiers, éducateurs, cadres de santé, médecins généralistes, et secrétaires médicales. Quatre conversations téléphoniques ont permis de compléter les informations recueillies : un appel à Mayotte (voir ci-dessous), deux appels en Guadeloupe, menés avec une psychologue et une infirmière, et un appel avec une psychiatre de Martinique. Au total, ce sont 20 professionnels différents qui ont contribué à alimenter les résultats de cette recherche.

Des difficultés à recruter des enquêtés ont été rencontrées. Plusieurs pistes d'explication peuvent être avancées : difficultés liées à la situation sanitaire, qui mobilise tout particulièrement les professionnels interrogés, et diffusion du questionnaire lors de la période estivale (possibles congés). Toutefois, plusieurs relances ont été effectuées, et la période de passation a été étendue au mois de septembre pour pallier ces obstacles. En Guyane et à Mayotte, les faibles effectifs de professionnels sur place expliquent probablement le nombre restreint de réponses. Il en résulte un degré de mobilisation différent selon les départements : si de nombreuses réponses ont été obtenues à La Réunion, les difficultés ont été bien plus fortes dans les autres DROM, notamment Mayotte.

À Mayotte, nous n'avons en effet pu recueillir qu'une réponse écrite, d'une professionnelle arrivée à Majicavo moins de 6 mois auparavant. Cette unique réponse ne permettait pas à elle-seule de dresser un portrait de la situation sur place. Un contact téléphonique avec une autre professionnelle exerçant dans l'établissement - mais pas dans l'unité sanitaire - a permis de compléter les informations pour ce département.

Par ailleurs, il convient de garder à l'esprit que la plupart des réponses obtenues à La Réunion proviennent de professionnels exerçant au centre de détention du Port (4 réponses

écrites sur 7). Une de ces personnes exerce en parallèle à la maison d'arrêt de Saint-Pierre, et une autre au centre pénitentiaire de Domenjod, à Saint-Denis. Deux autres professionnels ont indiqué exercer exclusivement dans ce dernier, tandis qu'une réponse a été obtenue de la part d'une secrétaire de l'EPSMR²⁹, dont l'activité concerne la population carcérale. Les réponses obtenues reflètent donc en majorité la situation du CD du Port, et moins celles du CP de Domenjod, et surtout de la MA de Saint-Pierre. De même, l'ensemble des professionnels ayant répondu en Guadeloupe exercent au CP de Baie-Mahault. Parmi eux, seule une personne exerce également à la MA de Basse-Terre.

Tableau 8. Nombre de réponses obtenues par département

	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte	TOTAL
Questionnaires en ligne complets	1	3	1	5	1	11
Questionnaires en ligne partiels	3	0	3	2	0	8
Appels téléphoniques	2 ³⁰	1 ³⁰	0	0	1	4
TOTAL de réponses	6	4	4	7	2	23
Personnes contactées par mail n'ayant pas répondu	4	1	2	0	4 ³¹	11

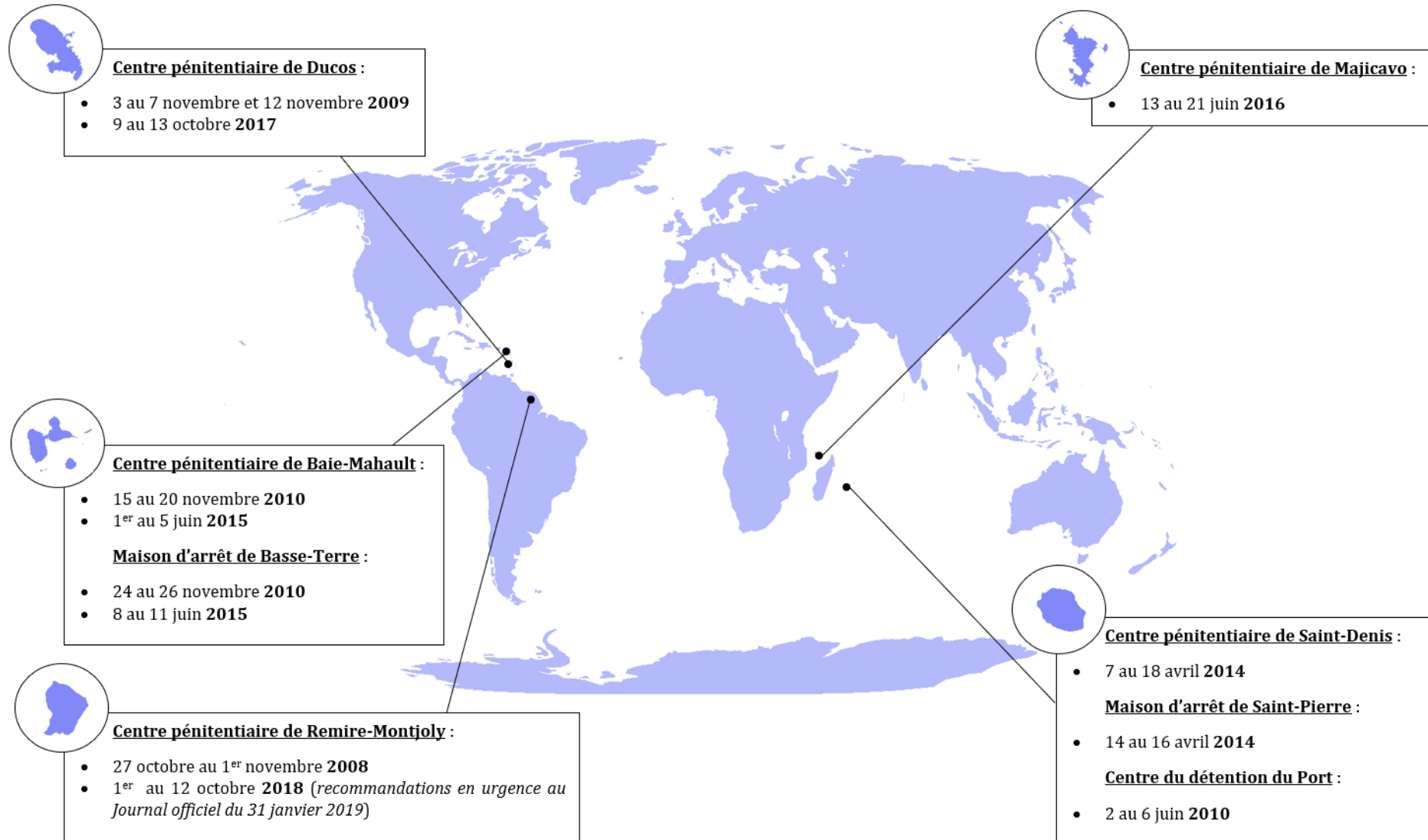
Les résultats obtenus ont été mis en regard avec les conclusions des rapports de visite du contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL). En effet, plusieurs visites ont eu lieu ces dernières années dans les différents établissements de ces territoires (*Figure 13*).

²⁹ Établissement Public de Santé Mentale de La Réunion.

³⁰ Avec des professionnelles ayant répondu également au questionnaire de façon écrite (soit 20 professionnelles répondant au total).

³¹ Plusieurs professionnels de Mayotte contactés par mail n'exerçaient en réalité plus dans le département au moment de la diffusion du questionnaire, des réponses automatiques confirmant cela ayant été reçues lors des tentatives de contact par mail.

Figure 13. Rapports du CGLPL établis dans les établissements pénitentiaires des DROM



La restitution des résultats de notre étude a été organisée de la manière suivante :

- Des **tableaux synthétiques** par thématique, retraçant les idées principales dans chacun des DROM :
 - Problématiques de santé mentale en prison et expérience carcérale (*Tableaux 9 à 12*)
 - Offre de soin en détention (*Tableaux 13 à 18*)
 - Articulation avec le dispositif de psychiatrie générale (*Tableaux 19 à 20*)

- Des **résultats plus détaillés** (anecdotes, explications), et des comparaisons avec les rapports du CGLPL, rédigés à la suite des tableaux. Les numérotations au sein des tableaux renvoient à chacun de ces paragraphes d’approfondissement.

Problématiques de santé mentale en prison et expérience carcérale

Tableau 9. Troubles psychiatriques et addictions perçus comme fréquents

	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte
Troubles psychiatriques	<ul style="list-style-type: none"> - Troubles psychotiques (schizophrénie) - Troubles de la personnalité, du comportement et des conduites - Dépression, phase maniaque - Crise suicidaire - Dénis de trouble et refus de soins fréquents [1] 	<ul style="list-style-type: none"> - Angoisses - Syndrome dépressif - Troubles du sommeil - Choc carcéral 	<ul style="list-style-type: none"> - Troubles du comportement liés aux consommations de substances psychoactives et aux conditions de vie [2] 	<ul style="list-style-type: none"> - Troubles anxieux et syndromes dépressifs, voire suicidaires - Déficiences intellectuelles - Troubles de la personnalité en lien avec un vécu de carence infantiles et affectives (abus sexuels, maltraitements, abandons, etc.) - Troubles du comportement liés aux consommations de substances psychoactives - Troubles de type démence (hausse en lien avec une population carcérale vieillissante) - Troubles psychotiques - Troubles bipolaires - Troubles du sommeil et de l'humeur - Trouble de stress post-traumatique 	<ul style="list-style-type: none"> - Psychoses
Addictions	<ul style="list-style-type: none"> - Cannabis - Alcool - Cocaïne - Crack - Décompensations psychiatriques dues à l'absorption de produits illicites (gagnent en importance) 	<ul style="list-style-type: none"> - Cannabis principalement * - Alcool * - Crack - Détournement de certains médicaments par inhalation nasale - Beaucoup de décompensations psychiatriques dues à l'absorption de produits illicites - Absence d'héroïne <p>* Consommations beaucoup plus répandues et banalisées qu'en métropole</p>	<p><u>Addictions les plus courantes :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Alcool - Cannabis - Crack - <i>Blacka jonko</i> (association de cannabis et de crack) - Tabac <p><u>Moins fréquemment :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Consommation d'essence - Cocaïne - Amphétamines - GHB - Jeux 	<ul style="list-style-type: none"> - Alcool (en particulier rhum Charrette, un rhum local) - <i>Zamal</i> (cannabis Réunionnais) - Médicaments prescrits détournés de leurs posologies premières : Artane, Rivotril - Drogues de synthèse (« meth » notamment) et tabac chimique - Addiction aux jeux d'argent (notamment jeux de cartes), pouvant générer des bagarres - Ecstasy, cocaïne, et héroïne (moins fréquentes) 	<ul style="list-style-type: none"> - « Chimique » / herbe chamanique [5] - Nombreuses personnes qui n'évoquent pas leurs addictions = difficultés de prise en charge

[1] – Une professionnelle indique que les réticences aux soins sont fréquentes, dans un milieu très masculin où les patients peuvent être stigmatisés et traités d'idiots (« *tèbè* »). Elle critique la tendance pénitentiaire à rassembler les patients présentant des pathologies lourdes dans des cellules partagées et souvent surpeuplées.

[2] – En Guyane, de nombreuses personnes incarcérées sont en effet initialement SDF ou en précarité socio-éducative. Une éducatrice ayant travaillé de nombreuses années dans le médico-social, à la fois en Guyane et en métropole, témoigne de son expérience en Guyane : « *J'ai constaté que certains jeunes qui avaient été suivi dans le foyer, où j'avais exercé, et qui consommaient déjà des produits à l'adolescence (alcool, tabac, cannabis), je les retrouvais en prison. Ils continuaient à consommer, le plus souvent les mêmes produits auxquels se rajoutaient presque régulièrement le crack. Ils étaient en situations précaires (pas de travail, pas de logement), vivaient soit dans la rue dans des squats, ou dans des institutions comme le C.A.A.R.U.D/R.D.S.* ».

[3] – Une psychologue note que les personnes avec troubles psychotiques sont de plus en plus nombreuses, mais que les professionnels de la santé mentale se retrouvent souvent impuissants pour les prendre en charge, notamment en raison du fonctionnement rigide de l'administration pénitentiaire qui complique leur travail. Par exemple, quand une personne détenue souffrant de troubles psychotiques se trouve en quartier d'isolement, il est difficile de le rencontrer régulièrement. Il est alors nécessaire de rester sur le pas de la porte lors de ces visites, qui se déroulent sous la surveillance d'un personnel pénitentiaire, ne permettant ainsi pas d'instaurer un lien de confiance avec la personne détenue.

Plusieurs des personnes interrogées ont eu des expériences professionnelles dans d'autres territoires (notamment la France métropolitaine), ce qui leur permet de mettre en avant certaines problématiques particulièrement importantes à La Réunion : l'alcoolisme sous-tendu dans un grand nombre d'incarcérations proportionnellement à d'autres territoires français, la surreprésentation des cas de violences conjugales, ou encore l'importance des problématiques liées à la dynamique familiale. Par ailleurs, les établissements Réunionnais accueillent parfois des Comoriens ou Mahorais transférés de Mayotte (Majicavo). Or, les Comoriens ont parfois vécu l'exil de leur île vers Mayotte en utilisant les *kwassa-kwassa*³², une expérience potentiellement traumatisante.

[4] – Les professionnels exerçant à La Réunion notent à quel point les addictions sont une problématique majeure dans leurs établissements. Une psychologue évoque les séquelles neurologiques et cognitives importantes pouvant résulter de la consommation de drogues de synthèse (confusion dans le temps, perte de mémoire, décompensation psychiatrique avec hallucinations auditives et visuelles, incohérence dans le langage), tandis qu'une autre évoque le manque de recul sur les dégâts pouvant être causés par le tabac chimique qui fait, depuis quelques années, des « *ravages dans les prisons réunionnaises* ». Plusieurs exemples de pratiques et produits consommés par les personnes détenues sont évoqués : un mélange de tabac avec différents produits toxiques tels que la mort au rat, renifler de la poudre de piles mélangée avec de la javel, etc.

³² Nom comorien donné à un type de canots de pêche rapides, privilégiés par les passeurs pour le trafic et l'immigration clandestine des Comores vers Mayotte.

[5] – L'usage de ce mélange de tabac imprégné d'alcool et de cannabinoïdes s'est répandu de manière très rapide à Mayotte depuis son apparition en 2010³³, en particulier parmi la population d'hommes jeunes en situation précaire³⁴. Cette drogue est source de décompensation psychiatrique, d'évanouissement, et de comportements agressifs.

³³ France Info, 18 mai 2018, « "La chimique" à Mayotte, un problème de santé publique, selon un rapport de l'OFDT ». <https://la1ere.francetvinfo.fr/chimique-mayotte-probleme-sante-publique-rapport-ofdt-590109.html> [consulté le : 11/10/21]

³⁴ Sciences et Avenir, 17 mai 2018, « Mayotte : la drogue "la Chimique" touche "une part non négligeable de la population" ». https://www.sciencesetavenir.fr/sante/mayotte-la-droque-la-chimique-touche-une-part-non-negligeable-de-la-population_124027 [consulté le : 11/10/21]

Tableau 10. Évaluation du risque suicidaire et dispositif associé

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

[1] – Un infirmier évoque que les manques au niveau social et scolaire sont criants (important manque d'activités et de travail), ce qui entraîne beaucoup d'inactivité contrainte chez les personnes détenues. Il note que les suicides ou tentatives de suicide sont souvent liés à de la violence en détention (notamment avec l'AP), et à beaucoup de sentiments d'injustice qui poussent à passer à l'acte.

Tableau 11. Environnement carcéral

	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte
Violences	<ul style="list-style-type: none"> - Problématique majeure, surtout au CP de Baie-Mahault - Augmentation ces dernières années en nombre et en gravité [1] 	<ul style="list-style-type: none"> - Plusieurs fois par semaine entre les personnes détenues, - Moins souvent ou jamais envers les surveillants ou soignants - Plusieurs témoignages de patients de violences de surveillants à l'encontre des personnes détenues - Souvent/régulièrement des insultes et expressions verbales, régulièrement des gestes agressifs, mais rarement des bagarres physiques 	<ul style="list-style-type: none"> - Quotidiennes entre personnes détenues - Hebdomadaires envers des surveillants - Moins souvent envers les soignants - Jamais de la part des surveillants - Souvent des gestes agressifs et bagarres physiques, régulièrement des insultes et expressions verbales [2] 	<ul style="list-style-type: none"> - Hebdomadaires voire quotidiennes entre personnes détenues, mais aussi de surveillants envers les personnes détenues [3] - Violences envers les surveillants également communes 	<ul style="list-style-type: none"> - Climat plutôt calme - Mais tend à se durcir (public de plus en plus agressif) <u>Climat général</u> : - Surpopulation importante [4]
Activités en détention	<ul style="list-style-type: none"> - Accès faible au travail et aux formations [5] 	ND [6]	ND	<ul style="list-style-type: none"> - Manque au niveau social et scolaire [7] 	ND

[1] – Une des psychologues témoigne que si ces agressions avaient auparavant lieu entre personnes détenues et étaient plutôt liées aux conditions d’incarcération (surpopulation carcérale difficile à vivre, etc.), elles touchent dorénavant également le personnel pénitentiaire. Certaines agressions ont pu mener à des hospitalisations voire au décès de personnes détenues, et des surveillants n’ont par exemple jamais repris le travail suite à leur agressions. Les professionnels exerçant à la maison d’arrêt de Basse-Terre estiment que ces violences y sont moins fréquentes, notamment en raison d’un nombre moins important de personnes détenues.

Une psychologue interrogée lors de notre enquête a évoqué des solutions qui ont pu être mises en place durant les dernières années afin de tenter de freiner ce phénomène :

- Un programme auquel le SMPR a participé il y a quelques années, afin de tenter de canaliser ces violences, par le biais d’activités proposées par des intervenants.
- La mise en place par le SMPR d’un groupe avec un psychiatre et un intervenant extérieur, dont l’objectif était de permettre de s’exprimer et de travailler sur cette problématique, en priorité à destination des personnes incarcérées pour des faits de violence.

Ce constat fait écho au **rapport de la deuxième visite du centre pénitentiaire de Baie-Mahault** (juin 2015)³⁵, qui y décrit une situation jugée alarmante : « *Les contrôleurs ont constaté une augmentation de la violence mettant en danger des personnes détenues – et leurs familles –, au point que certaines préfèrent ne plus aller au parloir ; d’autres refusent d’aller au CD, se sentant plus en sécurité dans les cellules fermées de la MA* ». Le rapport précise que malgré le professionnalisme du personnel pénitentiaire, il est difficile de gérer ce climat de violences, notamment en raison d’effectifs insuffisants. Dans le **rapport de la deuxième visite de la maison d’arrêt de Basse-Terre** (juin 2015 également)³⁶, un climat de violence est aussi évoqué, avec par exemple l’usage régulier d’armes artisanales. Ce rapport précise par ailleurs que « *les conditions matérielles d’hébergement sont attentatoires à la dignité* » : suroccupation, mauvaise ventilation, dégradations en raison du climat humide, présence de nuisibles, etc.

[2] – Ces violences sont, comme le souligne une éducatrice, souvent dues à la promiscuité dans laquelle les personnes détenues se retrouvent (cellule de 2 où 6 à 7 personnes sont placées), à l’absence d’activités qui permettraient de les occuper, ou encore au peu de places proposées pour les formations et les postes de travail.

Ce climat de violence important dans un contexte d’inactivité généralisée a été de la même manière noté lors de la **deuxième visite des contrôleurs au centre pénitentiaire de Remire-Montjoly en Guyane** (octobre 2018), suite à laquelle la Contrôleure générale a évoqué une « *violation grave des droits fondamentaux des personnes incarcérées, et publié au Journal Officiel du 31 janvier 2019 des recommandations en urgence, sans attendre la finalisation du rapport de visite* »³⁷. En effet, en plus d’une suroccupation importante, les contrôleurs ont été témoins de conditions d’hébergement et d’hygiène jugées indignes. Il a été noté que ces dernières représentent des risques pour la santé des personnes détenues et du personnel : produits frais vendus en cantine alors que les personnes détenues n’ont pas accès à des

³⁵ CGLPL, juin 2015. <https://www.cglpl.fr/2018/rapport-de-la-deuxieme-visite-du-centre-penitentiaire-de-baie-mahault-guadeloupe/>

³⁶ CGLPL, juin 2015. <https://www.cglpl.fr/2017/rapport-de-la-deuxieme-visite-de-la-maison-darret-de-basse-terre-guadeloupe/>

³⁷ CGLPL, octobre 2018. <https://www.cglpl.fr/2020/rapport-de-la-deuxieme-visite-du-centre-penitentiaire-de-remire-montjoly-guyane/>

réfrigérateurs pour les conserver, présence importante de nuisibles et d'hirondelles, vecteurs de la « fièvre Q »³⁸, dont plusieurs personnes détenues et membres du personnel ont été atteints, etc. De plus, selon ce rapport, « *des injections de sédatifs sont pratiquées par le service psychiatrique sur demande de l'administration pénitentiaire* », en réponse à des situations de violence ou d'agitation, sous contrainte en cellule. Le manque de personnel est évoqué comme une cause probable des difficultés de l'établissement.

[3] – Peu de personnes détenues osent cependant en parler, de peur de retombées. Plusieurs personnels soignants recueillent les témoignages de patients incarcérés qui évoquent de mauvais traitements subis de la part de certains agents pénitentiaires. D'après une professionnelle exerçant au Port, « *certain patients témoignent de propos racistes d'agents pénitentiaires à leur égard (notamment les patients mahorais ou comoriens). Idem, certains patients témoignent d'agents pénitentiaires qui viendraient les provoquer pour qu'une bagarre éclate, ou qui auraient des propos humiliants, dégradants* ». Ce témoignage fait écho au **rapport du CGLPL du CD du Port** (juin 2010)³⁹, qui évoque par ailleurs la situation particulière des détenus comoriens, transférés depuis Mayotte. Des propos discriminatoires étant régulièrement prononcés à leur égard, le personnel redoutait alors, « *la formation de clans entre, d'un côté les Réunionnais, et de l'autre, les Comoriens* ». Ces derniers sont par ailleurs plus fréquemment soumis à des ruptures de situations familiales, certains acceptant un transfert vers La Réunion après avoir reçu la promesse de meilleures conditions de détention, et notamment d'un accès à un travail. Or, « *il n'existe pas assez de travail pour honorer la promesse qui leur en a souvent été faite afin d'accepter ce déplacement loin de leur environnement personnel* ».

Les professionnels exerçant dans le CP de Domenjod semblent cependant moins souvent évoquer des violences. Il en serait de même à la MA de Saint-Pierre, d'après **un rapport du CGLPL** (avril 2014)⁴⁰ : « *Les conditions de vie à la maison d'arrêt de Saint-Pierre sont mauvaises pour les personnes détenues. Cependant, le personnel de l'établissement confirme le constat des contrôleurs que l'ambiance de travail à la maison d'arrêt est agréable et sereine, sans problématique majeure de violence de la part d'une population pénale respectueuse de l'autorité* ».

[4] – Le **rapport de visite du centre pénitentiaire de Majicavo à Mayotte** (juin 2016)⁴¹, note que la « *construction du nouveau centre, moderne et fonctionnel, a indéniablement amélioré et assaini les conditions de détention dans un contexte mahorais soumis à de graves tensions* ». Cependant, le contexte général de tensions à Mayotte et les difficultés économiques et sociales de cette île induisent des difficultés importantes : la maison d'arrêt des hommes est très vite arrivée à saturation, et il est difficile de mettre en place des activités. Par ailleurs, la situation

³⁸ Maladie causée par une bactérie transmise d'animaux à l'homme (zoonose). La contamination se fait principalement par inhalation d'air infecté par la bactérie, et peut donc être contractée sans contact direct avec un animal porteur de la bactérie. Se manifestant souvent sous la forme d'un syndrome grippal, des complications peuvent apparaître, avec une évolution vers une pneumonie, ou une forme chronique impliquant de graves atteintes cardiovasculaires.

³⁹ CGLPL, juin 2010. <https://www.cglpl.fr/2013/rapport-de-visite-du-centre-de-detention-cd-du-port-la-reunion/>

⁴⁰ CGLPL, avril 2014. <https://www.cglpl.fr/2016/rapport-de-visite-de-la-maison-darret-de-saint-pierre-la-reunion/>

⁴¹ CGLPL, juin 2016. <https://www.cglpl.fr/2018/rapport-de-visite-du-centre-penitentiaire-de-majicavo-mayotte/>

des mineurs à Mayotte reste problématique : « *la détention peut être paradoxalement perçue comme une amélioration des conditions de vie des mineurs dans l'île* ».

[5] – Une professionnelle souligne que ce manque d'activités a déjà été évoqué par les responsables des activités au niveau de l'AP de Baie-Mahault, qui déplorent un manque de mobilisation de la part des entreprises. Le manque de formations professionnelles et de travail à destination des personnes détenues est également évoqué dans le **rapport de visite de Baie-Mahault** de 2015.

[6] – Le **rapport de la deuxième visite du centre pénitentiaire de Ducos en Martinique** (octobre 2017)⁴² donne des éléments complémentaires de compréhension des conditions d'incarcération. Le mauvais état des cellules a notamment été noté, tout comme la trop faible offre d'activités, en particulier pour les femmes et les mineurs.

[7] – À ce sujet, une psychologue note : « *À La Réunion, contrairement à d'autres établissements pour peine de métropole, il y a très peu de travail proposé aux détenus, peu de formations... De fait, les détenus se plaignent régulièrement du manque d'activités et se tournent vers les substances psychoactives "pour faire passer le temps" ou peuvent avoir des passages à l'acte auto-agressif* ». Les effets du manque important de conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation (CPIP) est également évoqué : « *les détenus n'ont donc aucun projet de logement, de formation, de profession... pour leur sortie, et cela majore l'anxiété, le stress, les passages à l'acte auto-agressif* ».

La situation au CP de Saint-Denis semblait finalement plus positive qu'au Port et à Saint-Pierre lors de la **visite de contrôleurs** en avril 2014⁴³. En effet, le rapport évoque des « *conditions favorables de fonctionnement : une architecture soignée, colorée, adaptée au climat et se pliant à la géographie ; un personnel à l'effectif suffisant, solide, expérimenté, satisfait de ses conditions de travail, une population pénale globalement respectueuse de l'autorité* ». Cependant, l'absence de travail et le manque d'offre d'activités y restent évoqués, de même que le climat de violence au sein du quartier des mineurs. De plus, le rapport évoque des inégalités entre hommes et femmes détenus, ces dernières disposant d'un accès moindre aux activités, à l'offre de formation professionnelle et de travail, ainsi qu'aux soins, y compris en santé mentale.

⁴² CGLPL, octobre 2017. <https://www.cglpl.fr/2019/rapport-de-la-deuxieme-visite-du-centre-penitentiaire-de-ducos-martinique/>

⁴³ CGLPL, avril 2014. <https://www.cglpl.fr/2016/rapport-de-visite-du-centre-penitentiaire-de-saint-denis-la-reunion/>

Tableau 12. Santé mentale et pratiques magico-religieuses

	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte
Fréquence des recours à des pratiques non-conventionnelles	ND	Un certain recours (moins souvent que les consultations avec des psychologues ou psychiatres, ou autant)	ND	Recours fréquent (selon plusieurs professionnels, plus fréquent que les consultations avec des psychologues ou psychiatres)	Recours fréquent (plus que les consultations avec des psychologues ou psychiatres)
Type de pratiques	ND	<ul style="list-style-type: none"> - Souvent religieuses (recours à un aumônier) - Utilisation de plantes 	ND	<ul style="list-style-type: none"> - Fabrication d'amulettes protectrices - Sacrifice d'animaux - Sorts - Mutilations sur le corps de type rite de passage d'un état à l'autre - <i>Zerbages</i> (plantes en créole), par exemple en tisanes <p><u>Des pratiques différentes selon les croyances religieuses et origines :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Malbares</i> (indiens en créole réunionnais) : cérémonies et sacrifices tamoul - Musulmans : recours à un imam - Personnes originaires de Mayotte : recours à un <i>fundi</i> - Catholiques : messes de guérison 	<ul style="list-style-type: none"> - Souvent religieuses (prières) <p>[1]</p>

[1] – Nous n'avons pas pu recueillir beaucoup d'informations à ce sujet, il serait intéressant d'approfondir la connaissance de l'usage de ces pratiques en prison à Mayotte. En effet, la médecine traditionnelle détient encore aujourd'hui une place importante sur cette île. Il est par exemple toujours fréquent de recourir à des plantes à visée thérapeutique, ou à des *fundi* guérisseurs, c'est-à-dire des spécialistes des soins. Il existe plusieurs types de *fundi*, selon la discipline exercée : les *fundi wa uhandralia* (spécialistes des massages), *fundi wa nyonga* (spécialistes des ventouses), etc.⁴⁴. Si l'origine de l'affection est attribuée à un esprit, on peut alors recourir à un *fundi wadjini* (*fundi* des djinn), capable de communiquer avec les esprits et de les faire sortir du corps de leur hôte⁴⁵.

⁴⁴ Docteur Céline Lartigau Roussin, juillet 2002, « Une approche de la Médecine traditionnelle à Mayotte : Des plantes en question ». <http://www.ethnopharmacologia.org/prelude2016/pdf/biblio-hl-21-lartigau-roussin.pdf> [consulté le : 11/10/21]

⁴⁵ « Une consultation psychiatrique à Mayotte, entre trouble bipolaire et possession. Un article de B. Bechetoille ». <https://fikiramayotte.wordpress.com/2012/03/15/une-consultation-psychiatrique-a-mayotte-entre-trouble-bipolaire-et-possession-un-article-de-b-bechetoille/> [consulté le : 11/10/21]

Offre de soin en détention

Tableau 13. Caractéristiques de l'unité sanitaire psychiatrique

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

[1] – Lors de la **visite du CGLPL à Ducos** en 2017, si des efforts en matière de santé ont été remarqués, des postes vacants existaient en particulier pour les soins psychiatriques. Un taux d'absentéisme anormalement élevé des personnels de surveillance constituait également une difficulté pour l'établissement.

[2] – Une professionnelle interrogée témoigne : *« l'équipe en poste réalise un excellent travail, pourtant c'est une petite équipe qui évolue dans un espace étroit, en attente de restauration. Il aurait fallu que le gouvernement puisse proposer plus de temps de formation en visio-conférence avec d'autres établissements pour permettre aux professionnels d'échanger sur leur parcours de soins, sur leur vécu, leur état d'esprit au travail ».*

[3] – Au cours de notre étude, nous avons appris que les postes de professionnels dédiés à l'activité psychiatrique auprès des personnes détenues (psychologue, psychiatre, infirmier, assistant social, éducateur, ou encore secrétaire dédié à l'activité psychiatrique), ne sont pas pourvus à Majicavo. Face au manque de psychologues et psychiatres permanents qui perdure depuis plusieurs années, des réservistes⁴⁶ viennent de temps en temps à la rencontre des personnes détenues, de même que quelques professionnels du Centre Hospitalier de Mayotte, qui rencontre lui-même des difficultés à recruter.

Ce manque de professionnels de la santé mentale s'explique par d'importantes difficultés de recrutement, Mayotte étant réputée comme un territoire insécure, et souvent un dernier choix pour des personnels qui vivent souvent mal l'arrivée dans le département. De plus, certains postes ne sont plus ouverts pour des questions budgétaires : c'est le cas pour les psychologues SPIP par exemple. Ce manque de professionnels de santé concerne surtout le volet psychiatrique. L'USMP ne comporte finalement de manière permanente qu'un médecin généraliste et des infirmiers, qui reçoivent certainement les personnes détenues dans leur globalité, mais qui ne sont peut-être pas toujours bien formés à la psychiatrie. En revanche, il n'existe pas de pénurie du côté des surveillants pénitentiaires, au contraire : beaucoup de personnels sont des natifs de Mayotte partant se former à l'ENAP, qui veulent revenir à Mayotte. Les places sont alors chères, et la liste d'attente longue.

⁴⁶ La réserve sanitaire est un dispositif d'urgence de l'ARS, qui permet de solliciter différents types de soignants pendant une courte période.

Tableau 14. Offre de soins en santé mentale

	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte
Consultation systématique des personnes arrivant en détention	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Activités thérapeutiques	<p><u>Individuelles ou de groupe, en détention ou en HDJ</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jeux - Mandalas - Ping-pong - A thématique culturelle selon l'actualité, sur l'hygiène, etc. <p>[1]</p>	<p><u>Individuelles ou de groupe, en détention ou en HDJ</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sport, sac de frappe - Art thérapie (fresque murale dans la cour de promenade, attrape rêve, art plastique...) - Relaxation, cohérence cardiaque, hypnose, modelage des mains - Groupes de parole : pour les auteurs de violences sexuelles, pour les mineurs autour du babyfoot - Habilité sociale (revue de presse, jeux de rôles...) - Jeux de société - Jardin thérapeutique 	ND	<p><u>Individuelles ou de groupe, en détention (pour la plupart) ou en HDJ</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Art thérapie (mandalas) - Musicothérapie (percussions) - Sport - Relaxation (sophrologie) - Groupe à destination des auteurs de violences sexuelles - Expression corporelle - Gestion de la colère et des émotions - Gestion des addictions - Bibliothérapie - Groupe parentalité - Groupe psychodrame chez les mineurs - Psychomotricité pour les patients très ralentis - Café-philo - Qi gong <p>[2]</p>	<p><u>Individuelles ou de groupe</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Groupes de parole - Musicothérapie - Atelier artisanat - Activité bibliothèque - Sport

[1] – Ces activités sont actuellement animées par l'équipe infirmière, mais il y a quelques années, des psychiatres et psychologues y participaient également (théâtre, groupes de parole, habilité psycho-sociale, expression thérapeutique, etc.). L'importance des demandes individuelles des personnes détenues a cependant incité ces derniers à privilégier les entretiens individuels, d'autant plus que le service souffrait il y a quelques années d'un manque de psychologues. La psychologue interrogée ajoute qu'il pourrait être intéressant de remettre en place des activités animées par les psychologues, car elles étaient complémentaires dans leur prise en charge à celles proposées par l'équipe infirmière.

[2] – Ces activités de groupe mobilisent à la fois des intervenants extérieurs, les IDE, et le personnel du SMPR. Elles sont pour la plupart élaborées par des psychologues, et menées en binômes (psychologue et IDE). Une psychologue souligne l'investissement du SMPR dans ce type de prise en charge, qui prépare les patients aux entretiens individuels avec le psychologue, et permet ainsi que les psychothérapies soient plus efficaces.

Tableau 15. Offre de soins en addictologie

	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte
Existence d'un centre spécialisé de prise en charge des troubles liés à l'usage de l'alcool/de substances	Réponses contradictoires [1]	<u>CSAPA</u> : - 1 psychiatre addictologue présents 2 fois par mois pour une ½ journée + 1 éducateur spécialisé en poste à mi-temps	<u>CSAPA</u> : - Suivi auprès des personnes détenues demandeuses assuré par une éducatrice spécialisée - Ateliers de prévention en addictologie avec les Facilitateurs et une psychologue + groupe de parole [2]	- Éducateur spécialisé de CSAPA qui mène des entretiens individuels et de groupe - Suivi des traitements par un psychiatre sans financement spécifique, avec une file active importante.	Oui (ne sait pas quel type)
Politique anti-tabac	ND	Oui	Non	Oui	Oui
Dossier patient mutualisé entre l'équipe du dispositif de soins psychiatriques et l'équipe d'addictologie	ND	Oui	Oui	Non	Oui
Temps d'échanges formalisés entre ces équipes	ND	Réponses contradictoires	Oui (toutes les semaines)	Réponses contradictoires	NSP

[1] – D'après l'une des réponses obtenues, « la prise en charge des addictions relève du dispositif de soins somatiques, où interviennent une éducatrice d'un centre spécialisé et un médecin addictologue. Les psychologues interviennent dans le secteur de la psychiatrie qui n'a pas la charge des addictions dans l'établissement, mais les détenus exprimant une demande importante, l'équipe de psychiatrie les reçoit donc également pour ce motif. Il n'y a pas de liens sur les prises en charge communes ».

[2] – Une éducatrice évoque des activités de prévention en addictologie mises en place avec une psychologue de l'UFPI, sous forme de groupe de parole avec des Facilitateurs (un pour les hommes, un pour les femmes), nommés par la pénitencière, qui font le lien entre les détenus et les surveillants, et qui partageaient leurs connaissances avec les codétenus de leur quartier respectif. Une professionnelle note que « l'éducatrice du CSAPA en poste à l'UFPI réalise un excellent travail d'accompagnement des patients ».

Tableau 16. Difficultés rencontrées

	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte
Remarques générales	<ul style="list-style-type: none"> - Accessibilité aux soins psychiatriques à l'USMP parfois difficile, notamment du fait du rôle de l'administration pénitentiaire pour le déplacement des personnes détenues jusqu'à l'USMP <p>[1]</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Manque de psychologues et psychiatres - Manque de moyens financiers pour les activités - Difficulté de travailler en collaboration avec l'AP et le dispositif de soins somatiques [1] - Pas assez de bureaux - Grandes difficultés de prise en charge du fait de l'absence d'UHSA sur le territoire - Hospitalisations possibles uniquement à l'USIP (chambre d'isolement, pas de TV etc.) avec des délais d'obtention de l'arrêté préfectoral jugés « beaucoup trop longs » - Orientation en UHSA et/ou UMD en métropole très difficile, voire impossible 	<ul style="list-style-type: none"> - Manque de place d'hospitalisation en psychiatrie - Équipe en place à l'UFPI très efficace sur les prises en charge, mais pas suffisamment de structures en amont et aval pour éviter les récidives - Parfois, difficultés pour rencontrer les patients - Dysfonctionnement institutionnel du CP de Guyane - Manque de structures adaptées en Guyane : pas d'accompagnement efficient notamment à la libération = beaucoup de récidives, bien que certains parviennent à s'en sortir après plusieurs tentatives 	<ul style="list-style-type: none"> - Rigidité de l'AP qui entrave les actions entreprises - Relais avec la pénitentiaire [1] - Parfois, infirmiers peu formés à la psychiatrie ou qui ne sont pas au SMPR par choix - Manque de psychiatres - Locaux insuffisants et inadaptés [2] - Difficultés à suivre régulièrement les patients - Difficultés particulières pour rencontrer les patients au QI ou QD [3] <p>[4]</p>	ND
Addictologie	<ul style="list-style-type: none"> - Demandes des détenus de plus en plus nombreuses au regard du temps de présence des 2 intervenants spécialisés - Incitations aux soins par les juges d'application des peines qui empiètent sur l'autonomie des soignants 	<ul style="list-style-type: none"> - Manque de personnel - Sevrage difficile car exposition permanente des détenus aux substances - Politique à améliorer - Absence de groupes de parole et d'ateliers thérapeutiques spécifiques aux addictions 	<ul style="list-style-type: none"> - Manque plus d'espace de travail pour offrir plus de temps aux patients - Parfois, difficultés liées aux rendez-vous non honorés par les patients, pour plusieurs raisons 	<ul style="list-style-type: none"> - Moyens insuffisants : besoin d'un 2^e référent CSAPA et d'un addictologue - Professionnels sollicités pour des demandes en addictologie, pourtant pas budgétisées chez eux - Psychologues et psychiatres n'ont pas le temps d'assurer un vrai suivi - Circulation importante de produits psychoactifs dans l'établissement [5] - Parfois, manque de motivation de la part des patients - Injonctions aux soins formulées par les juges d'application des peines qui empiètent sur l'autonomie des soignants 	<ul style="list-style-type: none"> - Dépistage difficile compte tenu de la réticence de certaines personnes à ce sujet

[1] – Des difficultés de relais avec l'AP ont été notés à plusieurs reprises par différents professionnels de Guadeloupe, Martinique, et La Réunion. En effet, il arrive fréquemment que les personnes détenues appelées pour les consultations ne viennent pas, sans que les professionnels de santé puissent connaître la raison de cette absence. Si des surveillants déclarent que des personnes détenues refusent de voir les médecins, ceci est réfuté par certains patients, qui expliquent en réalité ne pas avoir été appelés par les surveillants.

Un infirmier travaillant à La Réunion souligne qu'il faudrait alors pouvoir établir un contact direct avec les patients, afin de vérifier s'il s'agit d'un refus de leur part ou d'un réel problème de relais avec l'administration pénitentiaire. Une psychologue exerçant en Guadeloupe explique quant à elle qu'à son arrivée, un système de bons de refus permettait de vérifier ceci, mais que ce système ayant disparu, il est alors aujourd'hui difficile de connaître des raisons exactes des rendez-vous manqués par des patients.

Des professionnels de Martinique évoquent quant à eux les difficultés liées à l'organisation pénitentiaire : notamment les horaires des repas, des promenades et des surveillants, souvent incompatibles avec les plages horaires des consultations des médecins, etc. Certains professionnels évoquent que l'AP refuse parfois d'amener certains patients pour des raisons réglementaires (mouvements des personnes détenues), que certains surveillants sont réfractaires pour envoyer les patients dans les services de soin, ou qu'ils rencontrent des difficultés de gestion des rendez-vous.

Le CD du Port, à La Réunion, se divise en deux parties : le « quartier haut », et le « quartier bas », plus contraignant. Au « quartier haut », une psychologue ne note pas de difficultés particulières, mais témoigne : « *Un jour, du fait de ma présence hors du SMPR mais dans les locaux de la prison, j'ai eu l'opportunité d'échanger avec des détenus non suivis par le SMPR. Ils me disaient qu'ils aimeraient être suivis par le SMPR mais n'osaient pas demander de RDV de peur que cela se sache parmi les autres détenus et qu'ils soient "moqués" dans la prison et parfois même en dehors dans leur quartier quand ils sortiraient...* ». Au « quartier bas », elle note qu'il arrive cependant que les agents pénitentiaires refusent d'ouvrir la porte des personnes détenues attendues en consultation, ou soient dans l'impossibilité de le faire du fait d'effectifs insuffisants.

[2] – L'équipe du Port dédiée aux soins psychiatriques est en effet amenée à exercer dans une bibliothèque en raison d'un manque de bureaux, et à partager la salle de repas avec l'équipe du dispositif de soins somatiques. Une psychologue note que dans un tel contexte, l'intimité des équipes médicales ne peut être maintenue. Une autre psychologue souligne que la confidentialité est peu respectée lors des entretiens, car les murs des bureaux sont très fins : les conversations sont audibles depuis le couloir. Le **rapport de visite de la maison d'arrêt de Saint-Pierre** (avril 2014) évoque également cette situation, avec un manque de place pour le personnel du SMPR, empêchant ainsi la réalisation simultanée de consultations et d'entretiens infirmiers.

[3] – Plusieurs facteurs compliquent l'accès aux quartiers disciplinaires ou d'isolement : obstruction faite par les agents, « mouvements » pénitentiaires, présence du juge pour un conseil disciplinaire qui entrave la possibilité d'être présent en même temps, etc. Pourtant, les patients qui y résident sont plus susceptibles de commettre des passages à l'acte auto-agressif ou des tentatives de suicide.

[4] – Une psychologue note : « *Il me semble que le département réunionnais est assez lésé comparé à d'autres régions de métropole. Peu de travail en détention, peu de formation, pas assez de CPIP... tout cela concourt à dégrader la santé mentale de nos patients, déjà fragiles pour*

beaucoup. Le manque de prise en charge en addictologie est également dramatique à mon sens. Nous sentons ici l'impact sur nos patients de la fermeture des lits en intra et des CMP surbookés... Au SMPR, nous parvenons encore à proposer des soins réguliers et fréquents, mais tout cela s'arrête lorsque les patients sortent de détention, alors que le temps carcéral ne coïncide pas forcément avec le temps psychique et le temps thérapeutique ».

[5] – Une professionnelle note que cette circulation de produits stupéfiants permet cependant de « tenir » la population carcérale, car l'enfermement est très difficile à vivre pour ces patients : « *c'est un cercle vicieux qu'il convient d'analyser pour proposer des offres de soins adaptées* ».

De plus, le service ne bénéficie plus de l'intervention d'un médecin addictologue : celui qui exerçait il y a quelques années a vu ses « budgets coupés ». Cette situation complique largement la prise en charge en addictologie, le seul référent se trouvant débordé par les demandes importantes, et le SMPR devant prendre le relais. Par exemple, un infirmier note que le suivi des traitements en addictologie est réalisé sans financements par un psychiatre, ce qui empiète sur les autres prises en charge. Une psychologue explique qu'il n'existe alors pas de prise en charge spécifique au niveau des traitements médicamenteux, hormis l'accompagnement fait par l'UCSA vers le sevrage tabagique, alors que la très grande majorité des personnes détenues présentent des troubles de l'usage de substances psychoactives. Elle regrette de ne pas pouvoir organiser plus d'information et de prévention primaire, considérées comme un « *bon levier pour amener les détenus vers le soin* ».

Tableau 17. Évaluation de l'offre de soins

	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte
Offre de soins en santé mentale	Ajustée à la demande [1]	Un peu inférieure à la demande selon plusieurs personnes	Un peu inférieure à la demande / ajustée à la demande	Inférieure (voire très inférieure) à la demande pour la plupart des professionnels interrogés, notamment les psychologues	Très inférieure à la demande : absence de psychologue et psychiatre permanents
Offre de soins en addictologie	Un peu inférieure à la demande	Un peu inférieure à la demande Prise en charge individuelle jugée satisfaisante, mais manque de groupes de parole et d'activités thérapeutiques spécifiques aux addictions	Ajustée à la demande	Très inférieure à la demande selon plusieurs professionnels	Un peu inférieure à la demande : absence d'addictologue permanent. Peu de demande
Améliorations possibles évoquées	- Mise en œuvre de projets pour permettre un équilibre et une continuité entre les prises en charge individuelles et de groupe	- Plus de moyens matériels et humains - Développer les activités thérapeutiques - Construire rapidement une unité sanitaire commune pour pouvoir rassembler UCSA et SMPR	- Modifier l'architecture de l'USMP - Augmentation des effectifs - Développer les activités thérapeutiques - Soignants mieux formés à l'éducation thérapeutique, avec des connaissances réactualisées (formations continues et régulières)	- Augmentation des effectifs - Amélioration des locaux - Instauration de réunions entre le SMPR et l'UCSA	- Augmentation des effectifs - Développer les activités thérapeutiques

[1] – Le **rapport de visite du CGLPL de Baie-Mahault** de 2015 évoque qu'à l'époque, les « *relations difficiles au sein de l'unité sanitaire entre les équipes somatique et psychiatrique ne favorisent pas la qualité des soins* ». Le **rapport de visite de Basse-Terre** (2015) évoque quant à lui le fait que l'accès aux soins apparaît insuffisant, « *hormis en matière psychiatrique où ils sont correctement assurés* ».

Tableau 18. Enjeux linguistiques et culturels

	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte
Fréquence des consultations dans d'autres langues que le français	Parfois	Parfois/Souvent	Souvent	Parfois/Souvent	Souvent
Autres langues utilisées	- Créole - Anglais	- Créole - Anglais - Espagnol - Portugais	- Brésilien - Anglais - Néerlandais - Créoles - Chinois - Hmong - Amérindien - Sranan Tongo - Allemand	- Créole - Shimaoré	- Shimaoré - Comorien Problématique linguistique importante : nombreuses personnes détenues non françaises et souvent non-francophones
Difficultés linguistiques	Parfois	Parfois/Souvent	Parfois	Parfois/Jamais (certains professionnels parlent le créole, d'autres non et rencontrent alors des difficultés) [1]	Souvent
Appel à un interprète	Jamais [2]	Jamais	Toujours (personnel médical ou soignant, médiateur en santé)	Dépend du professionnel (interprète venu d'une association, notamment pour les entretiens en Shimaoré)	Toujours (personnel médical ou soignant) [3]

[1] – A La Réunion, les professionnels expliquent que la barrière de la langue est une problématique courante : le créole est la langue maternelle de nombreux patients, et un fort taux d’analphabétisme est observé. L’utilisation de la langue française complique donc les relations entre les soignants et patients, avec des difficultés de verbalisation plus grandes qu’en métropole. Les personnes incarcérées en métropole rencontrent en effet moins de difficultés avec la langue française, ce qui facilite la communication sur les émotions lors d’entretiens avec des professionnels de la santé mentale.

Une psychologue note alors que la langue créole n’est pas assez valorisée, ce qui peut par exemple entraîner des mauvaises orientations scolaires, mais aussi des situations où les patients n’adhèrent pas aux soins, car ils ne les comprennent pas. Une autre psychologue évoque le fait que le barrage de la langue n’est pas qu’un vrai problème dans la sphère médicale, mais dans les échanges institutionnels en général, y compris sur le plan juridique : *« souvent les procès se font avec des juges métropolitains qui ne parlent pas forcément le créole Réunionnais. Et nos patients-détenus parfois ne parlent pas du tout le français... Les procès se font sans interprète... Beaucoup de patients se plaignent de ne pas avoir été compris correctement par le juge »*. Les questions identitaires semblent également centrales chez plusieurs patients incarcérés.

En conclusion, une psychologue témoigne : *« Il est urgent de s’intéresser à l’enculturation des symptômes et de donner la parole aux professionnels insulaires, à La Réunion nous travaillons tous les jours avec ces problématiques culturelles et les connaître permet de saisir la souffrance de nos patients. Le parler créole est nécessaire car il permet de lever des malentendus. Il faut envisager de former les personnels à l’ethnopsychiatrie »*.

[2] – Une infirmière indique que la majorité des infirmiers et des surveillants pénitentiaires maîtrisent le créole, contrairement aux psychologues et psychiatres souvent originaires de la Métropole, qui peinent parfois à comprendre les us et coutumes guadeloupéens. Le **rapport de visite de Basse-Terre** (2015) évoque la particularité des Saint-Martinois, qui représentent une forte part de la population incarcérée, parlant difficilement le français et ne recevant que rarement des visites.

[3] – Le **rapport de visite du CP de Majicavo** (2016), note également les difficultés de communication entre les professionnels de santé, majoritairement métropolitains, et les nombreuses personnes détenues ne parlant pas français. Il est de même précisé qu’il est alors commun de faire appel à du personnel de surveillance d’origine mahoraise afin d’assurer la traduction des échanges, cette solution entravant cependant la confidentialité des échanges médicaux.

Articulation avec le dispositif de psychiatrie générale

Tableau 19. Accès aux structures de soins spécifiques en milieu carcéral et en psychiatrie générale

	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte
Disposition d'un SMPR	Oui (avec lits d'hospitalisation de jour, au CP Baie-Mahault)	Oui (avec 13 lits d'hospitalisation de jour, dans l'établissement)	Non (dispositif de soins psychiatriques sans SMPR)	Oui	ND
Hospitalisation psychiatrique de personnes détenues à temps complet en UHSA	Oui (rare)	Non [1]	Oui (en région parisienne ou à Lyon)	Non	ND
Hospitalisation psychiatrique de personnes détenues à temps complet dans un établissement du département	Oui (système estimé « plutôt efficace », hospitalisation possible dans les 4h si nécessaire)	Oui (une trentaine environs depuis le 1 ^{er} janvier 2019)	Oui	Oui [2]	Oui
Hospitalisation psychiatrique de personnes détenues à temps complet en UMD	ND	[1]	Oui (à Lyon)	Oui (à Bordeaux ?)	ND

[1] – La Martinique ne dispose pas d’UHSA et d’UMD de rattachement, d’où des difficultés administratives jugées majeures pour orienter un patient vers ces structures en dehors du département.

[2] – Les professionnels exerçant à La Réunion soulignent les difficultés liées à l’hospitalisation psychiatrique. En effet, il y a de moins en moins de lits en psychiatrie, d’où des délais parfois très longs entre le moment de la crise et l’hospitalisation effective. Une psychologue parle ainsi d’un « *patient signalé au médecin en crise suicidaire à 8h du matin. Le temps de trouver quelque part un lit pour le faire hospitaliser, il était déjà 20h. Il a passé la journée en CProU à se taper la tête contre les murs (non capitonnés contrairement aux chambres d’isolement des hôpitaux psychiatriques).* »

Par ailleurs, les équipes d’accueil en établissement de santé mentale ont souvent des représentations négatives des patients détenus et méconnaissent les conséquences de l’enfermement sur eux, ce qui entraîne des durées moyennes de séjour très courtes. Un infirmier témoigne que régulièrement, les patients détenus sont mis en isolement et demandent d’eux-mêmes s’ils peuvent revenir, car les conditions d’hospitalisation sont encore plus rudes qu’en détention.

Tableau 20. Continuité des soins psychiatriques à la libération

	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte
Consultation systématique des personnes sortant de détention	Non	Non	Non	Réponses contradictoires	ND
Moyens mis en place	- Espace d'accompagnement psycho-légal - Prise de RDV avec le CMP [1]	ND	ND	- Prise de rdv en CMP - Système de consultation post-carcérale mis en place par le SMPR pour permettre une continuité des soins	ND
Difficultés	Souvent des difficultés : - Sorties anticipées	Souvent des difficultés : - Sorties intempestives, pas de connaissance de la date de sortie - Absence de logement compliquant la mise en place d'un suivi sur un secteur - Pas beaucoup de structures spécialisées dans la prise en charge d'anciennes personnes détenues en Martinique (pas de pont intra/extra carcéral)	Souvent des difficultés : - SDF qui deviennent très souvent des perdus de vue jusqu'à la prochaine récurrence	Toujours/souvent des difficultés : - Difficultés d'obtention de rdv au CMP (équipe du CMP insuffisante) [2] - Sorties anticipées - Sorties sèches (sans logement et famille, travail ou formation) en raison d'un manque de personnels SPIP au centre de détention du Port - Difficultés pour prendre contact avec la personne sortie (pas d'adresse ou de numéro de téléphone) - Patients en situation de grande précarité (SDF, etc.) - Patients réincarcérés rapidement en raison d'une addiction à l'alcool non traitée. - COVID-19 : remises de peine, donc sorties encore plus précipitées et patients non-préparés	ND
Améliorations éventuellement proposées	ND	- Nécessité de créer des structures sanitaires et sociales pour les sortants de prison avec des intervenants (psychiatres, psychologues, assistantes sociales...) travaillant en intra-carcéral, pour maintenir le lien	ND	ND	ND

[1] – L’espace d’accompagnement psycho-légal permet d’assurer le suivi pour une durée maximale de trois mois avec la personne détenue, le temps de faire le relais avec l’extérieur. Ceci permet de continuer à suivre la personne sortante, le temps qu’elle retrouve des repères et stabilise sa situation. Généralement, pour les patients qui ont besoin d’un suivi psychiatrique (notamment ceux avec un profil psychotique), le psychiatre contacte directement un collègue à l’extérieur ou au CMP en amont de la sortie. Cette solution n’est cependant possible que si la date de sortie est connue assez tôt, les sorties anticipées constituant donc une difficulté. Concernant les psychologues, selon la situation, l’autonomie de la personne détenue est privilégiée, en lui proposant de prendre elle-même rendez-vous avec le CMP. Les psychologues veillent alors à prévenir les professionnels concernés qu’ils vont devoir faire face à une situation plus compliquée.

[2] – Une psychologue note également que les professionnels du CMP manquent parfois d’intérêt pour les problématiques des patients détenus, et rencontrent des difficultés à s’approprier ce public du fait de représentations négatives. Les délais d’attente pour un rendez-vous au CMP sont souvent longs (de 2 mois à 1 an selon les secteurs de l’île), et les patients sont régulièrement refusés car « *pas assez décompensés* ». Cette saturation des CMP mène parfois à réorienter des patients vers des associations, qui, comme le notent plusieurs professionnels, n’ont pas toujours les compétences requises pour prendre en charge leurs problématiques.

Afin de pallier le manque de moyens des CMP et d’assurer une continuité des soins, le SMPR de La Réunion assure un système de consultation post-carcérale, en menant des consultations à l’extérieur pour permettre aux patients de se sentir compris et accompagnés vers d’autres structures quand c’est nécessaire. Mais avec la pandémie de COVID-19, beaucoup de patients refusent de se rendre à ces entretiens, car ils refusent le Pass sanitaire ou craignent le virus.

VI. Discussion

Synthèse des principaux résultats

Certains traits communs aux différents établissements des DROM peuvent être mis en avant. Notamment, un manque d'effectifs a été noté dans plusieurs d'entre eux, la situation étant cependant plus critique à Mayotte, où il n'y a plus de psychiatres ni psychologues permanents au sein des USMP. L'organisation des soins semble partout compliquée par des relations jugées difficiles avec l'administration pénitentiaire, générant des difficultés d'accès aux soins de santé mentale pour les personnes détenues.

La période de la sortie de prison et la question de la continuité des soins s'accompagnent également souvent de difficultés, qui sont majorées lors de sorties anticipées. Notons que si l'ensemble des professionnels interrogés ont noté qu'il existe une consultation systématique en santé mentale à l'entrée en détention, ce n'est pas le cas au moment de la sortie. Ajoutons que plusieurs établissements des DROM ne bénéficient pas d'UHSA ou d'UMD de rattachement, ce qui implique des difficultés administratives majeures pour orienter un patient vers ces structures, en France métropolitaine.

Par ailleurs, si quelques professionnels interrogés n'ont pas vu leur quotidien de travail se modifier avec la pandémie de COVID-19, plusieurs en notent une dégradation importante. Parmi les raisons évoquées se trouve l'annulation de nombreux rendez-vous visant à limiter les mouvements de personnes détenues, la priorité ayant dû être donnée aux situations d'urgence. De même, les activités thérapeutiques ont été fortement réduites, voire suspendues. Plusieurs professionnels notent également que le port du masque complique les consultations, en cachant les expressions du visage des patients et en induisant une plus grande barrière avec le thérapeute. Cette situation a provoqué une certaine fatigue psychique chez les soignants, qui ont dû s'adapter continuellement aux contraintes sanitaires. Plusieurs personnes interrogées notent à quel point cette période a été délétère pour les personnes suivies, qui ont connu des périodes d'isolement prolongé, avec beaucoup plus de stress, d'anxiété, et d'idées noires, alors que les possibilités de les recevoir en entretien étaient amoindries. Ces résultats convergent avec les observations réalisées en métropole, qui soulignent également que les mesures de libération anticipée ont pu entraîner des ruptures de soins, par manque de préparation de la sortie (Fovet *et al.*, 2020-c).

Finalement, cette étude témoigne de particularités importantes dans les départements d'Outre-Mer. La question de la langue et de la valorisation du créole a par exemple été évoquée à plusieurs reprises, de même que différentes pratiques thérapeutiques existant fréquemment en parallèle des consultations médicales (recours à des pratiques religieuses, sorts, etc.). Une des psychologues interrogées note ainsi : « *nous sommes des territoires avec des spécificités et nous avons encore constaté, avec la crise COVID, que la métropole mettait en place des protocoles qui n'avaient pas de sens pour nos fonctionnements. Les institutions métropolitaines ne prennent pas le temps d'associer et de promouvoir notre territoire à des projets de recherche territorialisés ou de prendre en compte nos positionnements souvent différents au niveau santé, car les problématiques et la culture y sont différentes* ».

Limites et perspectives

Les résultats de ce volet de l'étude présentent l'évidente limite de reposer sur des données déclaratives, rapportées par un échantillon de professionnel.le.s dont il est difficile d'évaluer la représentativité. De plus, si de nombreuses réponses détaillées ont été obtenues à La Réunion, ceci n'a pas été le cas dans les autres DROM.

Néanmoins, cette étude exploratoire a permis de mettre en exergue certaines problématiques rencontrées dans les établissements pénitentiaires de ces départements. Il serait pertinent de la prolonger, par l'étude de la prévalence des troubles de la santé mentale dans ces territoires. En effet, si quelques travaux (synthétisés dans le [Tableau 1](#)) ont été menés, les connaissances sur l'état de santé des personnes détenues dans les DROM restent très parcellaires.

Ainsi, il apparait nécessaire d'envisager une étude sur la prévalence des différents troubles psychiatriques chez les personnes détenues dans les DROM à l'entrée en détention, ou à leur sortie.

Tableau 21. Répartition mensuelle des placements en détention entre janvier 2021 et septembre 2021

	01-2021	02-2021	03-2021	04-2021	05-2021	06-2021	07-2021	08-2021	TOTAL
MA Basse-Terre	19	13	25	16	12	20	14	17	136
CP Baie-Mahault	45	29	40	39	47	37	35	31	303
CP Ducos	43	46	82	46	55	71	64	51	458
CP Remire-Montjoly	69	62	92	85	58	70	61	52	549
MA Saint-Pierre	27	18	21	27	24	30	17	22	186
CP Saint-Denis	76	48	80	64	63	63	67	56	517
CP Majicavo	35	29	32	49	31	42	28	36	282
TOTAL	314	245	372	326	290	333	286	265	2431

Source : Ministère de la Justice - DAP - SDEX - EX3 - Infocentre pénitentiaire

Champ : DROM

Tableau 22. Répartition mensuelle des sorties de détention entre janvier 2021 et septembre 2021

	01-2021	02-2021	03-2021	04-2021	05-2021	06-2021	07-2021	08-2021	TOTAL
MA Basse-Terre	5	6	14	10	8	23	16	12	94
CP Baie-Mahault	28	22	36	28	30	34	25	23	226
CP Ducos	23	30	54	31	32	24	43	35	272
CP Remire-Montjoly	49	37	41	46	43	63	52	52	383
MA Saint-Pierre	8	13	10	11	11	14	11	12	90
CP Saint-Denis	38	33	49	50	39	39	40	51	339
CD Le Port	6	7	10	7	6	3	8	8	55
CP Majicavo	26	14	15	20	21	22	22	25	165
TOTAL	183	162	229	203	190	222	217	218	1624

Source : Ministère de la Justice - DAP - SDEX - EX3 - Infocentre pénitentiaire

Champ : DROM

En l'absence de données récentes sur l'état de santé mentale des populations carcérales des DROM et en raison des difficultés méthodologiques d'une étude réalisée à la sortie de prison, la réalisation d'une étude de prévalence à l'entrée en détention présente un niveau de faisabilité

acceptable (des flux de personnes incarcérées ou sortant de détention sont présentés dans les *Tableaux 21 et 22*).

La collecte des données épidémiologiques pourrait être envisagée de deux façons :

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

Bibliographie

Arnal R., Ayhan G., Pinganaud E., Basurko C., Jehel L., 2016, « Le trouble de stress post-traumatique parmi les détenus en centre pénitentiaire en Guyane française », *Santé mentale au Québec* 41(1), p.251-265.

Arnal R., Spodenkiewicz M., Lacoste J., Jehel L., Falissard B., 2018, « Mental health of jail inmates within the prison of Ducos, Martinique – a cross-sectional descriptive study », *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 66(3), p. 201-207.

ARS Antilles-Guyane, 2020, « Statistiques et Indicateurs de la Santé et du Social (STATISS) Antilles-Guyane, édition 2019 », *Agences Régionales de Santé de Martinique, Guadeloupe et Guyane*, 62p.

ARS La Réunion, 2020, « Statistiques et Indicateurs de la Santé et du Social (STATISS) à La Réunion, édition 2019 », *Agence Régionale de Santé de La Réunion*, 33p.

ARS Mayotte, 2019, « Statistiques et Indicateurs de la Santé et du Social (STATISS) à Mayotte, édition 2019 », *Agence Régionale de Santé de Mayotte*, 30p.

Ayhan G. et al., 2017, « Suicide risk among prisoners in French Guiana: prevalence and predictive factors », *BMC psychiatry*, 17(1), p. 156.

Besson L., Merceron S., 2020, « Entre 440 000 et 760 000 habitants selon l'évolution des migrations. La population de Mayotte à l'horizon 2050 », *INSEE Analyses Mayotte* (26), 4p.

Binswanger et al., 2010, « Gender Differences in Chronic Medical, Psychiatric, and Substance-Dependence Disorders Among Jail Inmates », *American Journal of Public Health*, 100 (3), p. 476-482.

Chabaud F., Benradia I., Bouet R., Caria A., Roelandt J-L., 2017, « Facteurs de risque sociodémographiques et troubles mentaux : modèle global et spécificités locales, d'après les résultats de l'enquête « santé mentale en population générale » dans 18 sites internationaux », *L'Encéphale* 6(43), p. 540-557.

Combalbert N., Ferrand C., Pennequin V., Keita M., Geffray B., 2017, « Troubles mentaux, santé perçue et qualité de vie chez des détenus âgés en France », *Gériatrie, psychologie et neuropsychiatrie du vieillissement* 15(1), p.99-108

Falissard B. et al., 2004, « Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral (phase 1 de l'étude épidémiologique). Rapport final », *CEMKA-EVAL*, p.29-38.

Fleuret A., Jonzo A., 2019, « Enquête Emploi Mayotte 2019. Un taux de chômage de 30 % », *Insee Flash Mayotte* (98), 2p.

Floury E., 2021, « La santé mentale en populations générale et carcérale : le cas de La Réunion », Mémoire de Master 2 en démographie, *Université de Strasbourg*, 119p.

Fovet T., Geoffroy P-A., Vaiva G., Adins C., Thomas P., Amad A., 2016, « Psychiatry in elderly prisoners », *L'Encephale* (42), p.177-182.

Fovet T., Thomas P., 2017, « Psychiatrie en milieu pénitentiaire », *Manuel de Psychiatrie*, 3ème édition, Elsevier / Masson.

Fovet T., Thomas P., Plancke L., 2018, « Prévalence des troubles psychiatriques en prison », *Santé mentale* (227), p.32-38.

Fovet T., Eck M., Amad A., 2020, « La psychiatrie en milieu pénitentiaire : Un guide pratique à destination des internes, 2e édition », *ResearchGate*, 25p.

Fovet T., Thibaut F., Parsons A., Salize H-J., Thomas P., Lancelevée C., 2020-b, « Mental health and the criminal justice system in France: A narrative review », *Forensic Science International: Mind and Law* 1.

Fovet T. et al., 2020-c, « Prisons confinées : quelles conséquences pour les soins psychiatriques et la santé mentale des personnes détenues en France ? » *L'Encéphale* 46(3), p.60-65.

Genay V., Merceron S., 2017, « 256 500 habitants à Mayotte en 2017. La population augmente plus rapidement qu'avant », *INSEE Focus* (105), 2p.

Jaluzot L., Malaval F., Rateau G., 2016, « En 2015, les prix dans les DOM restent plus élevés qu'en métropole », *INSEE Première* (1589), 4p.

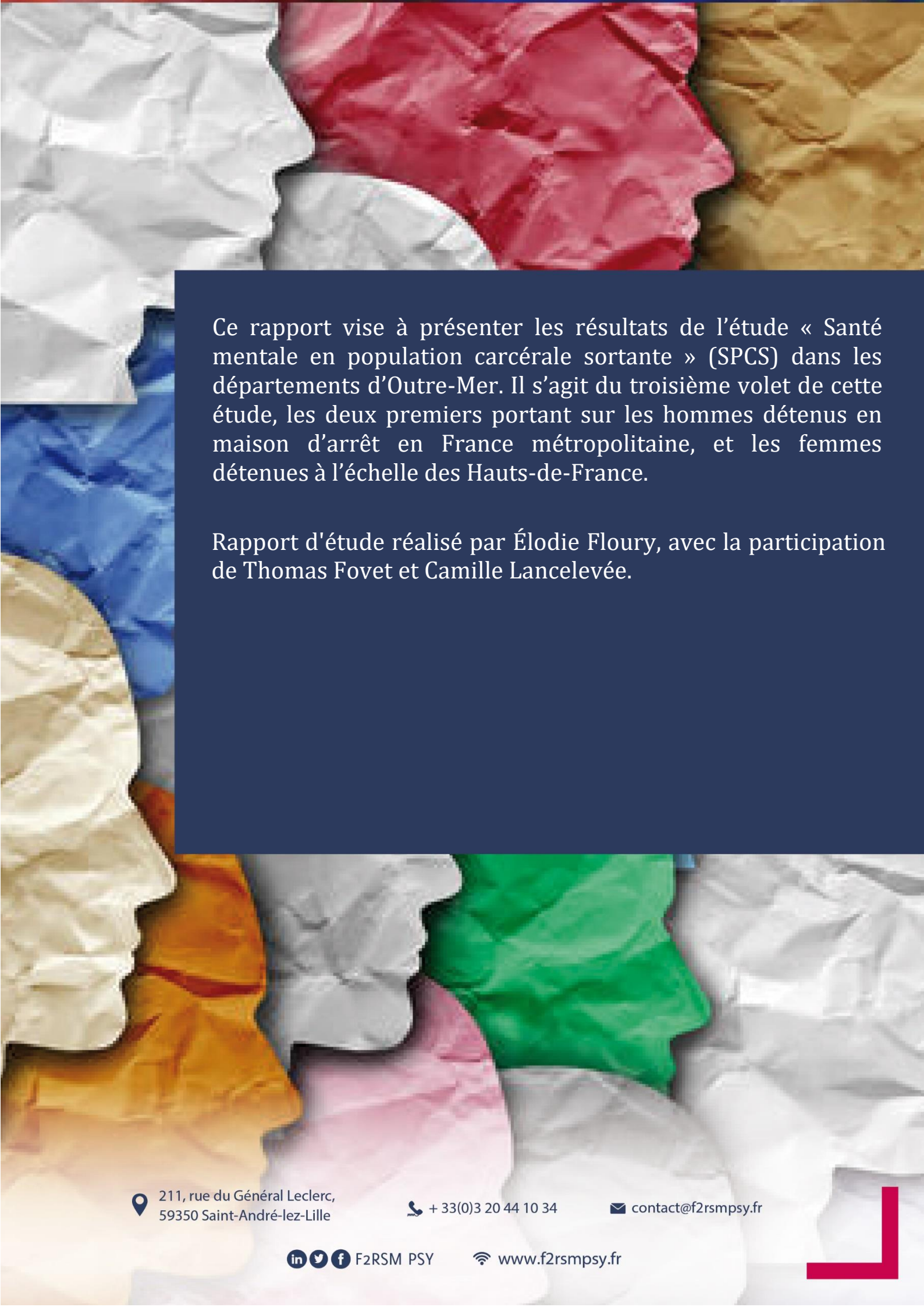
Lancelevée C., Scheer D., 2019, *La prison : réalités et paradoxes*, collection « l'Opportune », Clermont-Ferrand, Presses Universitaires Blaise Pascal, 64p.

Nacher M. et al., 2018, « High prevalence rates for multiple psychiatric conditions among inmates at French Guiana's correctional facility: diagnostic and demographic factors associated with violent offending and previous incarceration », *BMC Psychiatry* 18(1), p.159.

Robert M., Paget L.-M., Léon C., Sitbon A., Du Roscoät E., Chan Chee C., 2017, « Baromètre santé DOM 2014. Santé mentale », *Santé publique France*, 22p.


Table des matières


Sigles	2
Préambule	3
Première partie : contexte	7
I. Contexte sociodémographique dans les départements d’Outre-Mer	8
Contexte démographique	9
Guadeloupe.....	9
Martinique	12
Guyane	14
La Réunion.....	16
Mayotte.....	18
Un contexte économique et social dégradé	20
Contexte de la santé mentale en population générale	20
II. État des lieux de la situation carcérale en Outre-Mer	22
Évolution de la population carcérale en Outre-Mer	22
Occupation des places.....	23
Caractéristiques judiciaires de la population carcérale	24
Démographie	25
Enjeux divers	26
Seconde partie : santé mentale en milieu carcéral dans les départements d’Outre-Mer	31
I. Introduction	31
II. Méthodologie	31
III. Résultats	32
Problématiques de santé mentale en prison et expérience carcérale	36
Offre de soin en détention	45
Articulation avec le dispositif de psychiatrie générale	56
VI. Discussion	60
Bibliographie	63



Ce rapport vise à présenter les résultats de l'étude « Santé mentale en population carcérale sortante » (SPCS) dans les départements d'Outre-Mer. Il s'agit du troisième volet de cette étude, les deux premiers portant sur les hommes détenus en maison d'arrêt en France métropolitaine, et les femmes détenues à l'échelle des Hauts-de-France.

Rapport d'étude réalisé par Élodie Flourey, avec la participation de Thomas Fovet et Camille Lancelevée.

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

 + 33(0)3 20 44 10 34

 contact@f2rsmpsy.fr

   F2RSM PSY

 www.f2rsmpsy.fr

