

EPSYLON

Épidémiologie psychiatrique longitudinale en prison

Synthèse du volet quantitatif

INTRODUCTION

La santé mentale des personnes incarcérées est un enjeu majeur de santé publique dans le monde. En France, plusieurs études épidémiologiques ont mis en évidence la surreprésentation des troubles psychiatriques en population carcérale par rapport à la population générale. Une revue de la littérature récemment réalisée par notre équipe a identifié 24 études portant sur la santé mentale des personnes détenues, mettant en évidence des prévalences comprises entre 29,4 et 44,4 % pour les troubles anxieux, entre 5 et 14,2 % pour le trouble de stress post-traumatique (TSPT), entre 28 et 31,2 % de troubles de l'humeur et entre 6,9 et 17 % pour les troubles psychotiques. Parmi ces travaux, une étude ayant mené une comparaison directe avec le milieu libre montre que les arrivants en maison d'arrêt (MA) présentent environ 3 fois plus de troubles psychiatriques et 8 fois plus de troubles de l'usage de substance que la population générale de même âge, de même sexe et résidant dans la même zone géographique.

Malgré leur richesse, les travaux disponibles sur la santé mentale des personnes détenues en France souffrent d'une grande hétérogénéité méthodologique tant en ce qui concerne l'échantillonnage des populations étudiées que les méthodes de recueil de données utilisées. Un point commun réunit toutefois l'ensemble de ces travaux : il s'agit exclusivement d'études descriptives, transversales ou rétrospectives. Aucune recherche longitudinale n'a, à ce jour, été menée alors même que ce type d'étude est indispensable pour mieux appréhender l'évolution de la santé mentale des personnes détenues au cours de leur incarcération et identifier les déterminants de cette évolution. L'enjeu est important puisqu'une meilleure compréhension de ces facteurs permettrait de mieux cibler les périodes à risque pour la santé mentale au cours de l'incarcération, et d'améliorer en conséquence les politiques de prévention ainsi que la prise en charge psychiatrique des personnes détenues.

C'est dans cette perspective que l'étude EPSYLON (Épidémiologie PSYchiatrique Longitudinale en prisON) a été réalisée. L'objectif principal de son volet quantitatif était de mesurer la prévalence des troubles psychiatriques et des troubles de l'usage de substances à l'entrée en MA, à 3 mois, puis à 9 mois d'incarcération, au sein d'un échantillon d'hommes et de femmes. Les objectifs secondaires étaient de caractériser la gravité des troubles et d'identifier les facteurs susceptibles d'influencer l'évolution de la santé mentale des personnes détenues en MA.

MÉTHODE

Une étude de cohorte en 3 temps de mesure (M0, M3, M9) a été réalisée au sein de 7 établissements pénitentiaires répartis sur 4 directions interrégionales des services pénitentiaires (DISP) : le centre pénitentiaire de Fleury-Mérogis et la maison d'arrêt de Versailles pour la DI de Paris, le centre pénitentiaire de Toulouse-Seysses et la maison d'arrêt de Montauban pour la DI de Toulouse, la maison d'arrêt de Strasbourg pour la DI de Strasbourg, les centres pénitentiaires de Lille-Annoeullin et Lille-Loos-Sequedin pour la DI de Lille.

Toutes les personnes entrantes dans les établissements enquêtés (avec des aménagements pour les établissements de Fleury-Mérogis et Toulouse-Seysses) ont été successivement incluses entre le 8 janvier 2024 et le 26 juillet 2024 pour les hommes, et entre le 8 janvier 2024 et le 27 septembre 2024 pour les femmes.

En l'absence de critère d'exclusion (maîtrise insuffisante de la langue française, trouble cognitif ou psychiatrique rendant impossible la passation du questionnaire, arrivée en détention à la suite d'un transfèrement en provenance d'un autre établissement pénitentiaire, refus de participer à l'étude), les participants rencontraient un membre de l'équipe d'enquête pour une première évaluation entre le 7^{ème} et le 21^{ème} jour suivant leur entrée en détention. Celle-ci comprenait un questionnaire sociodémographique, une échelle de stress perçu (Perceived Stress Scale-10), une échelle portant sur l'exposition à des évènements potentiellement traumatiques durant la vie entière (Life Events Checklist for DSM-5), une échelle de dépistage du trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH – Adult Self-Report Scale for Attention Deficit Hyperactivity Disorder), un entretien diagnostique structuré visant à repérer les principaux troubles psychiatriques et troubles de l'usage de substance (Mini International Neuropsychiatric Interview – DSM-5) et la cotation d'une échelle clinique globale (Clinical Global Impression) par l'enquêteur.

Le suivi longitudinal des personnes participant à l'enquête comprenait deux évaluations complémentaires, l'une 3 mois après l'entrée en détention, l'autre 9 mois après l'entrée en détention. Ces évaluations incluaient un questionnaire sur le recours aux soins psychiatriques et addictologiques en détention et sur le déroulement de l'incarcération depuis l'entrée, une réévaluation du stress perçu (Perceived Stress Scale-10), un nouvel entretien diagnostique structuré visant à repérer les troubles psychiatriques et les troubles de l'usage de substance actuels (MINI International Neuropsychiatric Interview – DSM-5), une évaluation de la présence de troubles du sommeil (Index de Sévérité de l'Insomnie), et enfin la cotation d'une échelle clinique globale (Clinical Global Impression) par l'enquêteur.

RÉSULTATS

Au total, 951 personnes (754 hommes et 197 femmes) ont été incluses à leur entrée en détention sur les 1318 personnes répondant aux critères d'inclusion de l'enquête, soit un taux de réponse de 72 %. En ce qui concerne le suivi longitudinal, 465 personnes (371 hommes et 94 femmes) ont bénéficié d'une évaluation complète à M3 et 193 personnes (160 hommes et 33 femmes) à M9. Plusieurs axes de résultats se dégagent.

1 - Une population jeune marquée par de hauts niveaux de précarité

La population étudiée est majoritairement jeune (moyenne d'âge de 32 ans) et caractérisée par une faible insertion socioprofessionnelle. Plus de 30 % des personnes interrogées sont au chômage avant l'incarcération (dont plus de la moitié depuis plus d'un an). Le niveau d'étude atteint est le collège pour 30 % et le lycée pour 40 % des répondants. Seuls 9 % des personnes interrogées ont un diplôme post-baccauréat.

Plus de 60 % des personnes se déclarent célibataires ou divorcées et le nombre moyen d'enfants par personne est de 1,3 (47 % des répondants n'ayant pas d'enfants). Près de la moitié des répondants n'ont pas de logement avant leur incarcération : 40 % sont hébergés chez un tiers, 2 % en institution et 5 % sont sans domicile fixe. Les revenus mensuels déclarés du ménage sont inférieurs à 1000 euros pour 42 % des personnes interrogées. Sur l'ensemble de l'échantillon, on retrouve 17 % de bénéficiaires du Revenu de Solidarité Active (RSA), 6 % de bénéficiaires de l'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH) et 17 % de bénéficiaires d'autres aides sociales.

2 - Des parcours institutionnels et judiciaires débutant précocement

Parmi les personnes interrogées après l'entrée, 28 % ont connu au moins une mesure d'assistance éducative, avec le placement en foyer (16 %) et les mesures d'assistance éducative (14 %) comme modalités les plus représentées. Sur le volet judiciaire, ils sont 27 % à avoir connu au moins une mesure pénale avant la majorité. Les travaux d'intérêt général (TIG) sont les mesures les plus représentées (13 % des répondants), et même si moins fréquents, les placements en CER/CEF (Centre Éducatif Renforcé / Centre Éducatif Fermé) (6 %) et les incarcérations (7 %) avant la majorité restent nombreux.

Plus de la moitié des répondants ont des antécédents d'incarcération, la majorité ayant connu leur première incarcération avant l'âge de 24 ans. À l'entrée en détention, 43 % des personnes sont en attente de jugement et les principaux motifs d'incarcération sont les actes portant atteinte à la personne (26 %), les infractions à la législation sur les stupéfiants (26 %) et les atteintes aux biens (18 %). À noter que 42 % des personnes interrogées rapportent qu'un membre de leur famille a déjà connu une incarcération et 47 % connaissent des personnes détenues dans l'établissement avant leur arrivée.

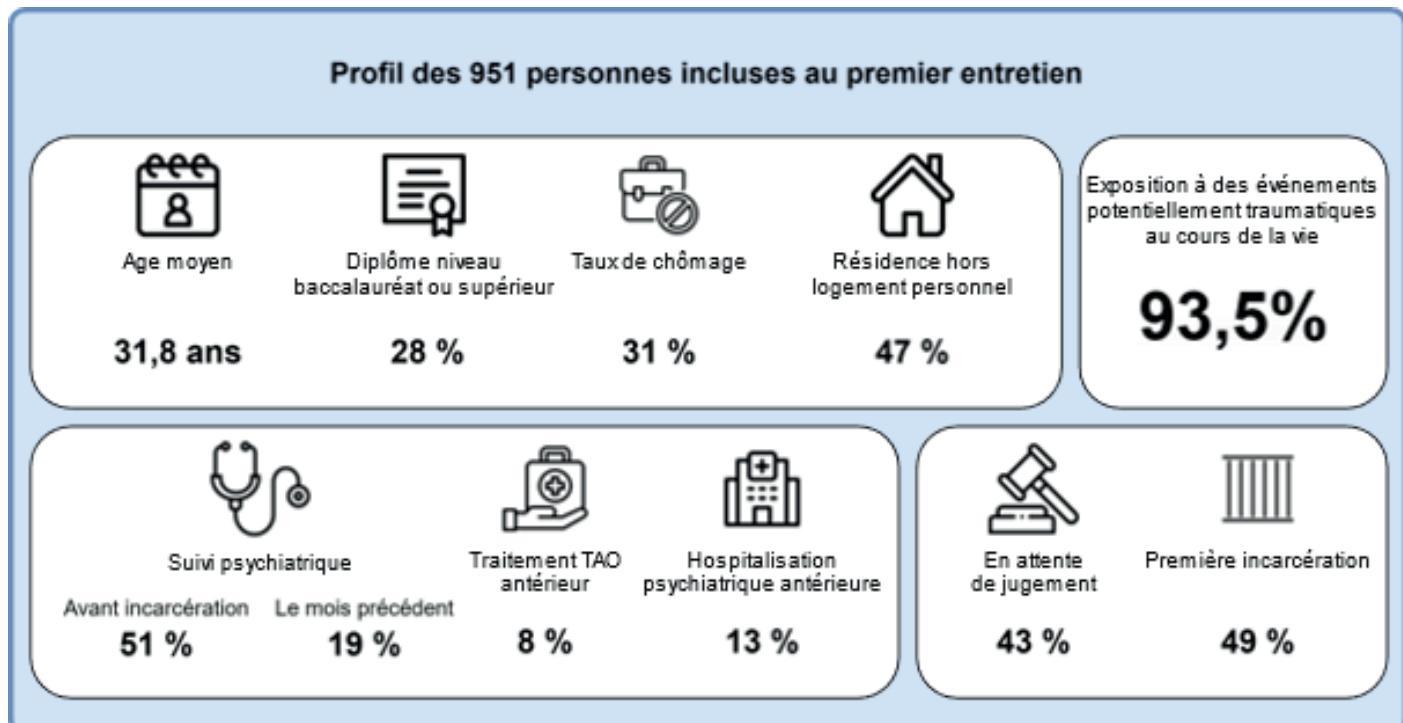


Figure 1. Profil sociodémographique, antécédents médicaux et parcours judiciaire des participants au premier entretien (M0).

3/ Une population vulnérable dès l'entrée en détention

La population admise en maison d'arrêt est affectée par de hauts niveaux de vulnérabilité sur le plan de la santé mentale. Sur les 951 répondants à notre enquête, 656 personnes (69 %) présentent un trouble psychiatrique ou un trouble de l'usage de substance vie entière. Ce chiffre est proche de celui d'une étude menée précédemment à l'entrée en maison d'arrêt dans le Nord et le Pas-de-Calais et qui identifiait que 63 % des personnes arrivant en détention présentaient au moins un trouble.

Une part importante (51 %) des personnes interrogées ont connu un suivi psychiatrique, addictologique ou psychologique avant l'incarcération, mais ce suivi n'est encore en cours dans le mois précédent l'incarcération que pour 38 % d'entre eux. Par ailleurs, 13 % prennent un traitement médicamenteux pour raison de santé mentale et 13 % ont déjà été hospitalisés en psychiatrie (dont la moitié uniquement en soins sans consentement).

Cette vulnérabilité se traduit également par des niveaux particulièrement élevés d'exposition à des évènements traumatisques chez les personnes détenues. L'étude « Santé mentale en population carcérale sortante » avait montré que 75 % des hommes et 85 % des femmes incarcérées ont été exposés à des formes de maltraitance infantile (abus émotionnel, physique ou sexuel, ou négligence émotionnelle ou physique). L'étude EPSYLON vient enrichir ce constat en mettant en évidence une prévalence marquée d'exposition à des évènements potentiellement traumatisques tout au long de la vie dans cette population. En effet, la quasi-totalité des personnes interrogées rapporte avoir été victime d'un tel évènement avec des niveaux particulièrement élevés pour les agressions physiques (71 %) et les attaques à main armée (47 %).

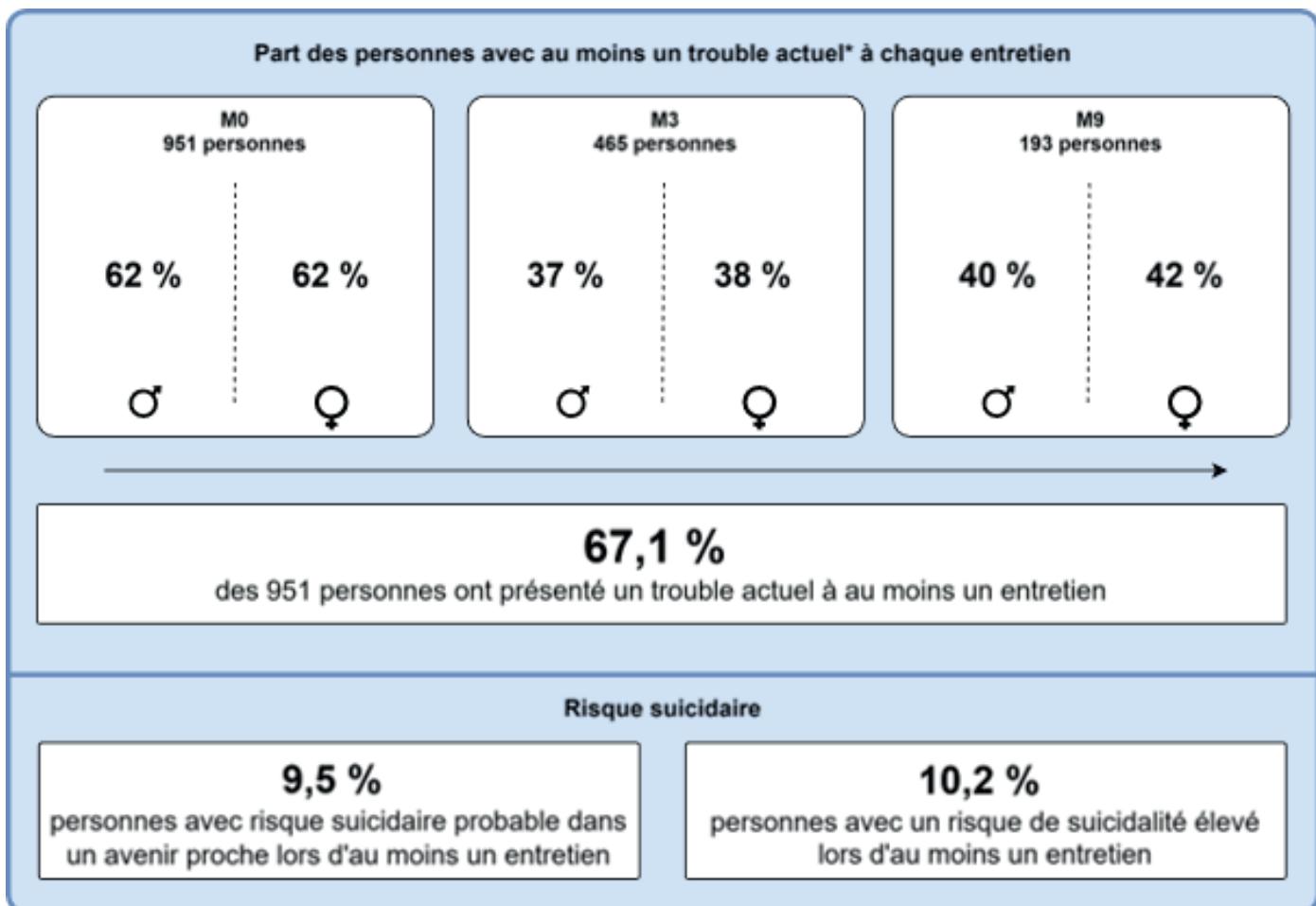
4/ Évolution de la santé mentale : une apparente stabilité, mais des trajectoires variées

Le suivi longitudinal de l'échantillon de 193 personnes évaluées à 3 reprises lors de leur incarcération a permis de montrer une relative stabilité des prévalences des troubles psychiatriques au cours de la détention : environ 15 % pour les troubles de l'humeur actuels, environ 11 % pour les troubles anxieux actuels, environ 3 % pour les syndromes psychotiques actuels et environ 6 % pour le trouble stress post-traumatique actuel. Les scores moyens de stress perçu apparaissent également plutôt stables au cours du temps.

On note toutefois une diminution significative du risque suicidaire entre l'entrée en détention et l'évaluation à M3 et à M9. Ce résultat est compatible avec de précédents travaux ayant identifié l'entrée en détention comme une période à risque élevé de suicide (le risque de suicide est 8 fois plus élevé pendant la première semaine d'incarcération par rapport au reste de la détention). Il est important de noter que, malgré une baisse par rapport à l'entrée en détention, le risque suicidaire reste particulièrement élevé à M3 et à M9 (11 % et 9 % respectivement pour la suicidalité actuelle).

Le suivi longitudinal met également en évidence une évolution significative des troubles de l'usage de substances au cours de la détention. Très présents à l'entrée en maison d'arrêt (40 %), les troubles de l'usage de drogues apparaissent moins fréquents à M9 (23 %), la substance majoritaire à ce stade étant le cannabis. Ces résultats indiquent clairement que l'entrée en incarcération entraîne un sevrage contraint pour de nombreuses personnes souffrant de troubles de l'usage de substance (opiacés et cocaïne notamment).

Malgré cette apparente stabilité de la prévalence des troubles psychiatriques au cours de l'incarcération sur l'ensemble de la cohorte, nos résultats montrent que les trajectoires individuelles sont hétérogènes. Certaines personnes présentent en effet un trouble à l'entrée qui connaît une évolution favorable dans les mois suivants alors que d'autres voient l'émergence d'un trouble psychiatrique au cours de leur détention.



* Troubles de l'humeur, troubles anxieux, PTSD, syndromes psychotiques ou trouble de l'usage de substance

Figure 2. Prévalence des troubles psychiatriques, des troubles liés à l'usage de substances, et du risque suicidaire au 3 temps de mesure (M0, M3, M9).

5/ Le rôle déterminant des facteurs environnementaux

Plusieurs facteurs environnementaux sont associés à l'apparition d'un trouble psychiatrique à M3 chez les personnes qui n'en présentent pas à l'admission.

En particulier, le fait d'avoir subi des violences au cours de l'incarcération est associé à un risque multiplié par 4,5 d'avoir également développé un trouble. L'exposition aux violences au cours de l'incarcération est loin d'être marginale puisqu'elle concerne 20 % des répondants à M3 (10 % pour les violences physiques, 1 % pour les violences sexuelles, 13 % pour les violences psychologiques, 2 % pour les violences « autres ») et 30 % des répondants à M9 (18 % pour les violences physiques, 17 % pour les violences psychologiques et 1 % pour les violences « autres ») – une personne pouvant avoir expérimenté plusieurs types de violences. Ces violences ne sont rapportées au personnel de surveillance que dans moins de la moitié des cas.

L'autre facteur déterminant dans l'apparition d'un trouble est le sentiment d'isolement (qui multiplie le risque d'apparition d'un trouble par un facteur de 5,6). À M3, 20 % des personnes rapportent un sentiment de solitude quotidien et 11 % un sentiment d'exclusion, d'abandon ou d'inutilité quotidien. Ces résultats peuvent être mis en lien avec la proportion importante

de personnes n'ayant aucun lien avec l'extérieur. Près de 38 % des répondants n'ont reçu aucune visite au parloir à M3. De la même façon, 31 % des personnes interrogées n'ont échangé aucun appel téléphonique depuis leur entrée en détention et 22 % n'ont échangé aucun courrier. L'isolement administratif et disciplinaire ne concerne à 3 mois qu'une faible part de notre échantillon (3 % ont été placés au quartier disciplinaire et 1 % au quartier d'isolement depuis leur entrée en détention). Les interlocuteurs privilégiés identifiés en cas de « coup dur » sont principalement la famille, les amis hors détention et les codétenus.

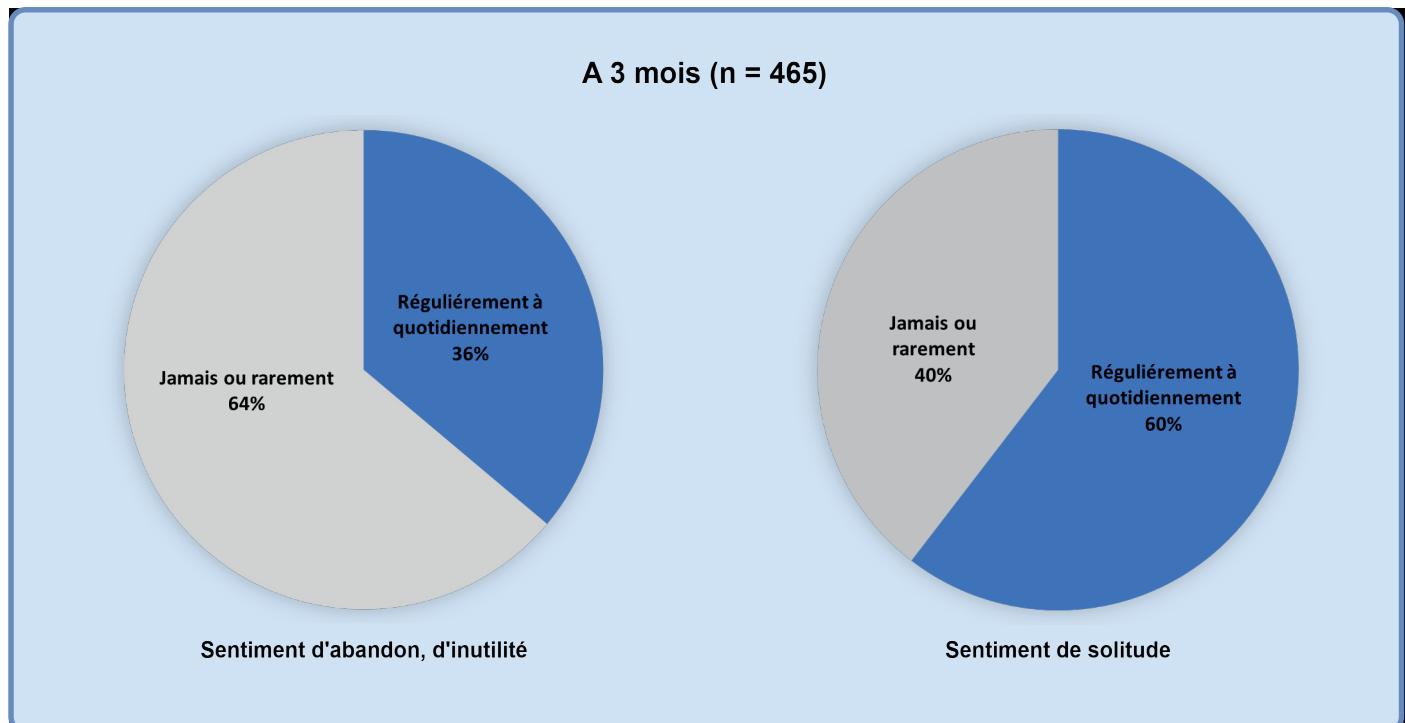


Figure 3. Prévalence des sentiments d'abandon/d'exclusion et de solitude au 2ème temps de mesure (M3).

6/ Santé perçue et accès aux soins en détention : un accompagnement limité dans les premiers mois de détention

À l'entrée en détention, 54 % des personnes considèrent que leur état de santé physique est bon. Ce chiffre est de 49 % concernant la santé mentale. À 3 mois, un tiers des répondants considèrent que leur état de santé mentale s'est dégradé.

La grande majorité des personnes ont rencontré un professionnel de santé au cours du circuit arrivant : 93 % ont rencontré un médecin généraliste, 29 %, un psychologue et 20 % un psychiatre. Hors circuit arrivant, au cours des 3 premiers mois, 51 % des personnes ont bénéficié d'une consultation avec un médecin généraliste, 20 % avec un dentiste, 26 % avec un psychologue et 24 % avec un psychiatre. Toutefois, 10 % des répondants indiquent avoir sollicité une consultation avec un médecin généraliste sans y avoir accès. Ce chiffre atteint 18 % pour le dentiste, 20 % pour le psychologue et 5 % pour le psychiatre. Parmi les personnes souffrant d'au moins un trouble actuel à M3 hors trouble de l'usage de substance, 36 % déclarent avoir voulu rencontrer un psychologue ou un psychiatre sans possibilité de rendez-vous.

Alors que les troubles de l'usage de substance sont fréquents à l'entrée, seuls 17 % des personnes ont rencontré un professionnel d'addictologie et 7 % bénéficient d'un traitement agoniste opioïde. En ce qui concerne la santé mentale, 30 % reçoivent un traitement psychotrope, mais seuls 9 % ont accès à des activités thérapeutiques. Moins de 1 % des répondants ont été hospitalisés en psychiatrie durant les 3 premiers mois d'incarcération.

7/ Vie en détention : un accompagnement insuffisant et un accès limité aux activités

L'accès aux activités est particulièrement faible dans notre échantillon. À M3, 65 % des personnes ont fait une demande de travail sans y avoir accès. Ce chiffre atteint 39 % pour la formation professionnelle, 30 % pour la scolarité, 42 % pour les activités sportives, 33 % pour les activités socioculturelles et 17 % pour le culte. Ces difficultés perdurent au cours de l'incarcération puisqu'à M9, on retrouve une fréquence de demande sans accès de 58 % pour le travail, de 31 % pour la formation professionnelle, de 24 % pour la scolarité, de 34 % pour les activités sportives, de 27 % pour les activités socioculturelles et de 15 % pour le culte. En ce qui concerne l'accompagnement par le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP), 10 % des personnes n'ont bénéficié d'aucune rencontre et 37 % d'une seule rencontre à 3 mois. Ces chiffres sont importants puisque les études épidémiologiques indiquent que l'accès à un travail rémunéré ou à une formation est corrélé à une évolution plus favorable de la santé mentale chez les personnes condamnées.

8/ Des disparités hommes-femmes marquées

Les effectifs de femmes présentes à chaque temps permettent une évaluation des situations socioéconomiques et de santé d'une population plus rarement étudiée du fait de son faible effectif en détention (3,4 % au 1er septembre 2025), et une comparaison des indicateurs entre l'échantillon d'hommes et l'échantillon de femmes de notre enquête.

Sur l'histoire institutionnelle avant la majorité, les deux groupes déclarent avoir connu au moins une mesure d'assistance éducative dans des proportions proches. Les femmes ont cependant plus souvent connu un placement en famille d'accueil que les hommes (13 % contre 8 %) et moins souvent une mesure d'assistance éducative (8 % contre 16 %). Les hommes sont en revanche bien plus nombreux à déclarer une mesure pénale avant la majorité (32 % contre 8 %) avec en tête des mesures le TIG, suivi des mesures et sanctions éducatives.

Sur le volet social, les femmes incluses ont une moyenne d'âge légèrement plus élevée que les hommes, mais se distinguent également du fait de leurs caractéristiques matrimoniales, de logement, de précarité, et de trajectoire institutionnelle. Elles sont en effet significativement

plus nombreuses à déclarer avoir au moins 1 enfant – plus de 70 % contre 45 % pour les hommes – et résident plus souvent en logement personnel avant l'arrivée en détention (70 % contre moins de 50 % des hommes). Si elles sont deux fois plus nombreuses à justifier d'un diplôme post-bac (15 % contre 7 % des hommes), elles sont également plus souvent éloignées de l'emploi ou bénéficiaires du RSA (24 % contre 15 % des hommes), d'une autre aide sociale (32 % contre 13 % des hommes) ou d'une mesure de protection juridique. Enfin, elles sont plus souvent incarcérées pour la première fois (70 % contre 43 % des hommes), et moins nombreuses à connaître des personnes déjà incarcérées dans leur établissement d'arrivée. On note en revanche que la part des femmes avec un membre de leur famille ayant déjà connu une période de détention est identique à celle des hommes (42 %).

Pendant la durée de la détention, les femmes bénéficient d'un accès régulier à un certain nombre d'activités (scolarité, sport, culte, etc.) plus important que les hommes, ce qui pourrait s'expliquer par des densités carcérales moins élevées dans les quartiers femmes. Toutefois, cette différence a priori plus favorable aux femmes est à relativiser puisque le nombre de femmes déclarant des demandes d'activité sans possibilité d'accès reste important, oscillant de 20 à 55 % (hors culte).

DISCUSSION

Recommandations

1/ Repérage et prévention : des maillons incontournables

Bien que centré sur l'évolution de la santé mentale durant la période d'incarcération, ce travail confirme que les personnes incarcérées présentent, dès l'entrée en maison d'arrêt, une vulnérabilité importante, tant sur le plan psychiatrique que social (la population accueillie en MA étant majoritairement jeune et en situation de précarité).

Le renforcement des dispositifs de prévention et de prise en charge précoce devrait donc constituer un maillon incontournable des politiques de santé publique. Comme rappelé dans un récent rapport parlementaire, la prise en charge sanitaire des mineurs constitue un angle mort des différentes feuilles de route relatives à la santé des personnes placées sous main de justice. Ce rapport décrit des réponses « insuffisantes » à des besoins « indécents » liés à une « double faillite en amont de l'aide sociale à l'enfance et de la pédopsychiatrie sinistrées ». La mise en place de dispositifs de prise en charge précoce et de prévention pourrait contribuer à atténuer le cercle vicieux entre difficultés scolaires, parcours de vie chaotiques, troubles psychiatriques et incarcération.

Pour les personnes présentant les troubles les plus sévères à l'entrée en détention, le repérage en amont devrait être amélioré, notamment au moment de la garde à vue et de la comparution immédiate. La formation des agents des forces de l'ordre et des acteurs de la justice paraît pour cela indispensable. Le recours plus systématique à des avis psychiatriques ainsi que le soutien aux alternatives à l'incarcération (par exemple, le programme AiLSi – Alternative à l'Incarcération par le Logement et le Suivi Intensif – à Marseille) permettraient de réduire l'incarcération de personnes relevant principalement d'une prise en charge psychiatrique. Les dispositifs visant à renforcer la continuité des soins en santé mentale et en addictologie à la sortie de détention constituent également des leviers importants pour casser le cercle vicieux des incarcérations répétées parfois retrouvé chez les personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères.

Si l'accompagnement et la bonne orientation des personnes présentant des troubles psychiatriques sont des enjeux prioritaires en matière de santé publique, le volet qualitatif de l'enquête EPSYLON permet également de questionner l'impact plus large de la surreprésentation des troubles psychiatriques en détention sur l'ensemble des personnes incarcérées. Les participants à ce volet évoquent en effet régulièrement la question de la cohabitation avec des codétenus à risque suicidaire élevé, ou présentant des troubles psychiatriques. Cette appréhension va de potentielles difficultés de cohabitation au quotidien, à la crainte d'avoir à gérer une tentative de suicide, un suicide abouti ou des comportements violents.

Recommandation n°1 :

Réduire les inégalités de santé pour améliorer la prévention et la prise en charge précoce des troubles psychiatriques, en particulier au sein des groupes à risque présentant de hauts niveaux de précarité ou des contacts précoce avec la justice et l'aide sociale à l'enfance.

Recommandation n°2 :

Améliorer le repérage et l'orientation des personnes avec troubles psychiatriques sévères vers les dispositifs sanitaires en amont de l'incarcération.

2/ L'entrée en détention : un moment clé

L'un des principaux résultats de cette enquête est la stabilité de la prévalence de la plupart des troubles psychiatriques au cours des premiers mois d'incarcération, ainsi que la diminution du risque suicidaire et des troubles liés à l'usage de substances entre l'entrée en détention et les évaluations à M3 et à M9. Ce résultat ne doit pas laisser penser que les effets de la prison sur ces dimensions s'avèrent positifs ; les niveaux de suicidalité et d'addictions restent particulièrement élevés, même passés les premiers mois de détention. En fait, le phénomène observé témoigne surtout de l'expérience difficile que constitue l'arrivée en prison. Ce constat a été largement illustré dans le volet qualitatif de notre enquête qui montre à quel point cette période peut constituer une rupture brutale, à la fois du fait des parcours biographiques, mais aussi du fait des conditions d'incarcération au sein du quartier arrivant, invariablement décrites comme particulièrement éprouvantes.

Ce résultat appelle aussi à une vigilance accrue sur la question du dépistage et de la prise en charge des syndromes de sevrage. Celui-ci s'inscrit dans les grands enjeux de l'entretien arrivant réalisé par les professionnels des unités sanitaires en milieu pénitentiaire. Toutefois, étant donné l'ampleur des problématiques addictives à l'entrée en détention, la formation du

personnel de l'administration pénitentiaire pourrait constituer un axe intéressant d'amélioration. Rappelons que les syndromes de sevrage sont fréquemment associés à des états d'agitation et sont particulièrement pénibles pour les personnes concernées. Les complications du sevrage de l'alcool peuvent être particulièrement graves et mener au décès de la personne. Leur bonne prise en charge constitue donc un enjeu majeur de l'entrée en détention.

Ces données confirment également que les premières semaines d'incarcération constituent une période à risque qui doit faire l'objet d'une prévention du suicide renforcée. La formation du personnel de l'administration pénitentiaire, quotidiennement au contact des personnes détenues, peut permettre d'améliorer le repérage des situations à risque. De plus, les mesures de prévention nécessitent une bonne articulation entre personnel pénitentiaire et personnel sanitaire.

L'étude qualitative a par ailleurs mis en évidence, au cours des entretiens, le lien régulièrement établi par les personnes interrogées entre quartier arrivant et privation ou limitation d'accès à certains besoins souvent présentés comme importants ou fondamentaux (en particulier, le tabac).

Recommandation n°3 :

Améliorer le dépistage systématique des troubles psychiatriques et des addictions à l'entrée en détention.

Recommandation n°4 :

Renforcer la prévention du suicide et la prise en charge des situations de sevrage durant les premières semaines de l'incarcération.

3/ L'accès aux activités : un ressort indispensable

Dans un avis adopté en 2019, le CESE (Conseil Économique, Social et Environnement) affirmait que la prison « désocialise, déresponsabilise, crée de multiples ruptures ou exacerbe celles qui existent déjà ». En 2023, se saisissant à nouveau du sujet, il dressait le constat que « la chaîne pénale reproduit les inégalités et donne peu de chance à la réinsertion ».

Les chiffres présentés dans ce rapport confirment de manière inquiétante la problématique d'accès aux dispositifs d'accompagnement en détention. Comme la littérature internationale, le volet qualitatif de notre enquête montre à quel point cette absence d'activités hors de la cellule a un impact majeur sur la santé mentale. Les personnes détenues évoquent leurs ruminations incessantes, leur solitude et leur détresse qui les conduisent au sentiment de « devenir fou ».

Il est indispensable d'améliorer l'accès aux activités professionnelles, à la scolarité et à la formation en milieu pénitentiaire. L'accès aux activités sportives, socio-culturelles, et cultuelles devrait également être développé.

Recommandation n°5 :

Développer l'accès régulier au travail, à la scolarité, à la formation et aux activités sportives et socio-culturelles.

4/ L'exposition aux violences : un travail à mener

Cette étude montre le poids de l'exposition aux violences durant la détention. La proportion de personnes victimes de violences, qu'elles soient physiques, sexuelles ou psychologiques est importante. L'impact sur la santé mentale des personnes est important puisque nous avons montré que cette exposition est associée à un risque accru de développer un trouble psychiatrique.

Ces résultats soulignent la nécessité d'engager une réflexion institutionnelle approfondie sur les politiques de prévention et de gestion des violences en détention, incluant la formation du personnel, le repérage précoce des situations à risque et le soutien psychologique des victimes.

Recommandation n°6 :

Poursuivre une réflexion institutionnelle sur la prévention et la gestion des comportements violents en détention.

5/ La lutte contre l'isolement : une priorité

Le sentiment d'isolement rapporté par de nombreuses personnes détenues dans notre étude souligne la nécessité de renforcer les dispositifs favorisant le maintien du lien social, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'établissement. Le maintien des liens familiaux et amicaux constitue un facteur protecteur majeur pour la santé mentale. Des mesures concrètes pourraient consister à assouplir les conditions de correspondance, à faciliter l'accès aux appels téléphoniques et aux visioconférences, notamment pour les personnes éloignées géographiquement de leur famille ou dont les proches rencontrent des difficultés à se déplacer. On constate ainsi, à 3 mois, que parmi les 95 % de personnes qui considèrent le maintien du contact avec les proches comme important ou fondamental, près de la moitié indiquent ce besoin mal ou non rempli.

Parallèlement, le développement d'activités collectives en détention — qu'il s'agisse d'ateliers, d'activités sportives, de groupes de parole ou d'initiatives de médiation culturelle — apparaît essentiel pour limiter l'isolement social. Ces espaces de rencontre et d'expression favorisent non seulement le soutien entre pairs, mais contribuent également à la reconstruction du lien social et à la réduction de la détresse psychique.

Ces deux dimensions, complémentaires, devraient constituer des axes prioritaires dans les politiques de prévention et de promotion de la santé mentale en milieu carcéral.

Recommandation n°7 :

Mettre en place des moyens de lutte contre le sentiment d'isolement et d'abandon en détention.

6/ L'accès aux soins : un dispositif perfectible

L'accès aux soins en détention demeure problématique sur plusieurs aspects. De nombreuses personnes rapportent ne pas avoir obtenu le rendez-vous médical ou psychiatrique demandé, traduisant des difficultés persistantes dans la disponibilité et la réactivité de l'offre de soins. Par ailleurs, la proportion élevée de personnes bénéficiant d'un traitement psychotrope souligne la fréquence des troubles psychiatriques en détention, mais interroge la place accordée aux approches non médicamenteuses. En effet, l'accès aux activités thérapeutiques et aux psychothérapies reste limité, ne permettant pas toujours un accompagnement adapté à la complexité des situations cliniques rencontrées.

Ce constat plaide pour un renforcement global de l'offre de soins en santé mentale, en améliorant l'accès effectif aux consultations psychiatriques et psychologiques, et en développant des dispositifs complémentaires de soutien psychologique et de thérapies à médiation (groupes, activités psychocorporelles, médiations culturelles ou sportives).

Par ailleurs, la proportion de personnes bénéficiant d'un suivi addictologique apparaît faible au regard de la prévalence des troubles de l'usage de substances en détention. Le développement d'une offre de soins en addictologie plus accessible et diversifiée, incluant des interventions de réduction des risques, des programmes de sevrage et un accompagnement motivationnel, constitue un axe d'amélioration prioritaire. Ces éléments sont également à considérer au regard du lexique « thérapeutique » mobilisé par les personnes autour de leur consommation de cannabis lors des entretiens qualitatifs.

L'ensemble de ces actions vise à garantir une prise en charge plus complète et cohérente de la santé mentale des personnes détenues, à limiter le recours exclusif au traitement médicamenteux, et à favoriser une continuité des soins plus efficace au sein de l'environnement carcéral.

Recommandation n°8 :

Optimiser l'accès aux soins de santé mentale en maison d'arrêt.

Recommandation n°9 :

Améliorer l'accès du plus grand nombre à une prise en charge globale en addictologie incluant les volets prévention, promotion de la santé, dépistage et soin.

7/ Les femmes incarcérées : un profil de vulnérabilités psychiatriques accrues

De manière tout à fait cohérente avec la littérature internationale sur le sujet, nos résultats mettent en évidence des prévalences plus élevées pour la plupart des troubles psychiatriques dans notre échantillon de femmes détenues par rapport aux hommes. À l'entrée en détention, c'est le cas pour les troubles de l'humeur actuels (24 % versus 15 %), les troubles anxieux actuels (19 % versus 10 %), le trouble stress post-traumatique (15 % versus 5 %). La suicidalité dans le dernier mois (34 % versus 20 %) ainsi que les scores de stress perçus sont également plus élevés chez les femmes. Ces différences restent observées à M3 puis M9 (même si le faible effectif de femmes au 3ème temps de mesure doit faire interpréter ces résultats avec prudence).

On observe également une forte présence de maladies ou troubles de santé chroniques ou durables à l'entrée en détention, avec 35 % de femmes concernées (contre 24 % des hommes). Elles sont également plus à risque d'avoir déjà connu une hospitalisation antérieure, psychiatrique ou addictologique, ou d'avoir eu recours à des traitements par agonistes opioïdes avant l'arrivée en détention. Ces éléments appuient sur les spécificités d'une population féminine particulièrement à risque, avec des trajectoires de vie marquées de manière d'autant plus forte par la précarité.

Recommandation n°10 :

Renforcer l'accompagnement et la prise en soin psychiatrique des femmes incarcérées.

Limites et perspectives de recherche

Le travail de recueil et d'analyse réalisé pour l'étude EPSYLON présente des limites qu'il convient de prendre en compte dans l'interprétation des résultats. Celles-ci concernent à la fois des aspects méthodologiques, et contextuels, et leur discussion vise à préciser la portée des conclusions avancées.

La conception de l'étude repose sur une méthodologie d'inclusions successives réalisées dans un nombre limité d'établissements sélectionnés pour répondre au mieux aux seuils de recrutement fixés. Du fait de leur taille et de leurs flux d'entrées, certains établissements sont surreprésentés dans notre enquête. Cet effet aura par ailleurs pu être amplifié par l'augmentation importante des entrées constatées au cours de l'année 2024, particulièrement au sein des établissements parisiens. Afin de pallier au mieux ces potentiels effets de taille, des recueils une semaine sur deux avaient été mis en place sur les deux plus grands établissements de l'étude. Par ailleurs, en raison de cette méthode de recrutement, les prévalences mesurées reflètent celles des troubles psychiatriques observés dans la population carcérale entrante, laquelle présente des caractéristiques distinctes de la population carcérale globale présente à un moment T. Cette particularité doit être prise en compte dans l'interprétation des résultats, car elle limite la comparabilité directe avec des études transversales menées dans des échantillons de participants tirés au sort à un moment T en population carcérale générale

Il est également important de noter que le critère d'exclusion de non-maîtrise de la langue française concerne un nombre important d'individus non inclus dans l'étude. Au total, ce sont 468 personnes qui ont été exclues du périmètre de l'étude faute d'une compréhension suffisante du français (sur les 1841 personnes évaluées pour éligibilité selon les critères d'inclusion). Ce sous-groupe n'a pas pu être évalué, alors même que la non-maîtrise de la langue constitue un risque de vulnérabilité accrue et un frein à l'accès aux ressources formelles et parfois informelles de soutien.

L'impossibilité de participer pour les personnes présentant un trouble psychiatrique ou cognitif trop important pour permettre un consentement éclairé aux entretiens a également conduit à l'exclusion de 55 personnes en M0, et 4 en M3. Bien que moins nombreuses, ces 59 personnes en impossibilité de participer à l'étude n'ont pas pu faire l'objet d'une évaluation alors qu'elles constituent un sous-groupe dont la santé mentale est particulièrement dégradée.

Par ailleurs, le sujet de l'attrition reste central dans ce type d'étude. Le traitement judiciaire des personnes impose dans sa mise en œuvre, des effets d'attrition importants, rendant l'approche longitudinale délicate. Les mouvements de libérations et transfères sont

nombreux et expliquent une volatilité importante des participants et participantes entre les trois vagues. Il serait pertinent de développer des études longitudinales sur une durée plus longue, en particulier dans les maisons centrales, au sein desquelles les populations sont moins sujettes à l'attrition.

Enfin, la question de la santé mentale du personnel de surveillance a été fréquemment soulevée par ces derniers lors des visites dans les établissements. Ces échanges ont laissé apparaître une attente forte de la part des agents et des personnels administratifs. Ce point soulève la nécessité de mener des recherches exploratoires visant à mieux comprendre l'impact des conditions de travail en détention et à identifier les besoins spécifiques en prévention et en soutien psychologique.

Recommandation recherche :

- *Poursuivre les travaux épidémiologiques sur la santé mentale des personnes détenues en privilégiant des études au sein des sous-groupes particulièrement à risque, en particulier les personnes ne maîtrisant pas la langue française, les personnes placées en quartier d'isolement de manière prolongée, les personnes condamnées à de longues peines.*
- *Mener une étude exploratoire sur la santé mentale des personnels de l'administration pénitentiaire.*

CONCLUSION

Les résultats de cette étude s'inscrivent dans la continuité des travaux français et internationaux sur la santé mentale en milieu carcéral, confirmant la prévalence élevée des troubles psychiatriques parmi les personnes détenues. Ces constats rappellent que la santé mentale en prison constitue un enjeu majeur de santé publique, qui nécessite une attention soutenue et des réponses adaptées.

L'originalité de cette étude réside dans sa dimension longitudinale, qui permet d'appréhender l'évolution de la santé mentale au cours de l'incarcération. Les données recueillies montrent une relative stabilité des troubles psychiatriques dans le temps, suggérant que l'environnement carcéral contribue à maintenir un niveau élevé de détresse psychique sans permettre d'amélioration significative.

Au-delà du constat, ces résultats mettent en évidence plusieurs leviers d'action susceptibles d'améliorer la santé mentale en détention. La prévention et la prise en charge des violences, tout comme la lutte contre le sentiment d'isolement, apparaissent comme des axes prioritaires pour réduire la souffrance psychique. Le renforcement des liens sociaux, la promotion d'activités collectives et un accès effectif à des soins diversifiés représentent des pistes concrètes d'intervention pour répondre à cet enjeu crucial.

SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS

- **Recommandation n°1 :** Réduire les inégalités de santé pour améliorer la prévention et la prise en charge précoce des troubles psychiatriques, en particulier au sein des groupes à risque présentant de hauts niveaux de précarité ou des contacts précoces avec la justice et l'aide sociale à l'enfance.
- **Recommandation n°2 :** Améliorer le repérage et l'orientation des personnes avec troubles psychiatriques sévères vers les dispositifs sanitaires en amont de l'incarcération.
- **Recommandation n°3 :** Améliorer le dépistage systématique des troubles psychiatriques et des addictions à l'entrée en détention.
- **Recommandation n°4 :** Renforcer la prévention du suicide et la prise en charge des situations de sevrage durant les premières semaines de l'incarcération.
- **Recommandation n°5 :** Développer l'accès régulier au travail, à la scolarité, à la formation et aux activités sportives et socio-culturelles.
- **Recommandation n°6 :** Poursuivre une réflexion institutionnelle sur la prévention et la gestion des comportements violents en détention.
- **Recommandation n°7 :** Mettre en place des moyens de lutte contre le sentiment d'isolement et d'abandon en détention.
- **Recommandation n°8 :** Optimiser l'accès aux soins de santé mentale en maison d'arrêt.
- **Recommandation n°9 :** Améliorer l'accès du plus grand nombre à une prise en charge globale en addictologie incluant les volets prévention, promotion de la santé, dépistage et soin.
- **Recommandation n°10 :** Renforcer l'accompagnement et la prise en soin psychiatrique des femmes incarcérées.

Recommandations Recherche :

- Poursuivre les travaux épidémiologiques sur la santé mentale des personnes détenues en privilégiant des études au sein des sous-groupes particulièrement à risque, en particulier les personnes ne maîtrisant pas la langue française, les personnes placées en quartier d'isolement de manière prolongée, les personnes condamnées à de longues peines.
- Mener une étude exploratoire sur la santé mentale des personnels de l'administration pénitentiaire

RÉFÉRENCES

- Rapport d'information déposé en application de l'article 146-3 du règlement, par le comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques sur l'évaluation de la prise en charge des troubles psychiques des personnes placées sous main de justice (Mme Josiane Corneloup et Mme Élise Leboucher), n° 1701 - 17e législature - Assemblée nationale n.d. https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/rapports/cec/l17b1701_rapport-information# (accessed November 14, 2025).
- Le CESE appelle à mettre fin au réflexe de la prison et à repenser un système pénal qui ait du sens | Le Conseil économique social et environnemental n.d. <https://www.lecese.fr/presse/communiques/le-cese-appelle-mettre-fin-au-reflexe-de-la-prison-et-repenser-un-systeme-penal-qui-ait-du-sens> (accessed November 14, 2025).
- Fovet T, Plancke L, Amariei A, Benradia I, Carton F, Sy A, et al. Mental disorders on admission to jail: A study of prevalence and a comparison with a community sample in the north of France. *Eur Psychiatry* 2020;63:e43. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.38>.
- Fovet T, D'Ovidio K, Eck M, Benradia I, Duhem S, Lancelevée C, et al. Psychiatric disorders and mental health care among incarcerated men: A prerelease cross-sectional study in France. *Eur Psychiatry* 2025;1–26. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2025.2443>.
- Eck M, Lancelevee C, Wathelet M, Amad A, Benradia I, D'Ovidio K, et al. Mental health of prerelease incarcerated women. *Psychiatry Res* 2025;348:116485. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychres.2025.116485>.
- Eck M, Da Costa J, Wathelet M, Beunas C, D'Ovidio K, Moncany A-H, et al. [Prevalence of mental disorders in French prisons: A systematic review]. *Encephale* 2024;50:446–64. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2023.11.028>.
- Vanhaesebrouck A, Fovet T, Melchior M, Lefevre T. Risk factors of suicide in prisons: a comprehensive retrospective cohort study in France, 2017–2020. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2024;59:1931–41. <https://doi.org/10.1007/s00127-024-02661-x>.

L'étude EPSYLON a été portée par la F2RSM Psy (Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale et Psychiatrie) et coordonnée par le docteur Thomas Fovet. Elle a été financée par la Direction de l'administration pénitentiaire (DAP).

La réalisation de l'étude quantitative a été pilotée par Kevin D'Ovidio. La méthodologie a été conçue par les docteurs Marielle Wathélet et Thomas Fovet. Le volet quantitatif a bénéficié de l'appui des membres de l'équipe EPSYLON, Marion Eck et Clément Beunas. Il a également eu l'appui d'un comité scientifique composé de : Ali Amad, Massil Benbouriche, Gilles Chantraine, Fabien D'Hondt, Stéphane Duhem, Camille Lancelevée, Niels Martignène et Alexis Vanhaesebrouck.

L'étude a été rendue possible par le travail de l'équipe d'enquête EPSYLON, l'accueil des établissements pénitentiaires, et avant tout par la participation des personnes rencontrées au cours des différents entretiens.



Conception graphique : Nicolas Bailly / communication F2RSM Psy / octobre 2025
Illustration de couverture : Piet Mondrian / domaine public / Wikimedia Common

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

+ 33(0)3 20 44 10 34

contact@f2rsmpsy.fr