

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉS DE MÉDECINE

ANNÉE 2021

2021 TOU3 1518

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE

Présentée et soutenue publiquement

par

Cécile BLANQUER

le 31 mars 2021

**SORTANTS DE PRISON : REVUE DE LA LITTÉRATURE ET ETUDE
DESCRIPTIVE DU RELAI DE SOIN PSYCHIATRIQUE DE PATIENTS
SUIVIS AU CENTRE DE DETENTION DE MURET**

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Raphaël CARRE

JURY

Monsieur le Professeur Christophe ARBUS	Président
Monsieur le Professeur Jean-Philippe RAYNAUD	Assesseur
Monsieur le Professeur Norbert TELMON	Assesseur
Madame le Docteur Anne-Hélène MONCANY	Assesseur
Madame le Docteur Catherine CHAIX	Suppléant
Monsieur le Docteur Raphaël CARRE	Invité

TABLEAU du PERSONNEL HOSPITALO-UNIVERSITAIRE
des Facultés de Médecine de l'Université Toulouse III - Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2020

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BONAFE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. TKACZUK Jean
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FABIE Michel	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. VAYSSÉ Philippe
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles		

Professeurs Émérites

Professeur ADER Jean-Louis	Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur LANG Thierry
Professeur ARBUS Louis	Professeur LARENG Louis
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur LAURENT Guy
Professeur BOCCALON Henri	Professeur LAZORTHES Yves
Professeur BONEU Bernard	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur CARATERO Claude	Professeur MANELFE Claude
Professeur CHAMONTIN Bernard	Professeur MASSIP Patrice
Professeur CHAP Hugues	Professeur MAZIERES Bernard
Professeur CONTE Jean	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur COSTAGLIOLA Michel	Professeur RISCHMANN Pascal
Professeur DABERNAT Henri	Professeur RIVIERE Daniel
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur DELISLE Marie-Bernadette	Professeur SALVAYRE Robert
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur SARRAMON Jean-Pierre
Professeur JOFFRE Francis	Professeur SIMON Jacques

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31000 TOULOUSE

Doyen : Didier CARRIE

P.U. - P.H.

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1^{ère} classe

2^{ème} classe

M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Génatrie
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E.)	Hématologie, transfusion
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVILLE Paul (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUREAU Christophe	Hépat-Gastro-Entéro
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophtalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'urgence
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAUAUD Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno (C.E)	Maladies Infectieuses
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PAUL Carle	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre	Biophysique
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépat-Gastro-Entérologie
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. RECHER Christian (C.E)	Hématologie
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépat-Gastro-Entérologie

Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. CAVIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie Cellulaire et Cytologie
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SIZUN Jacques	Pédiatrie
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

P.U. Médecine générale

M. MESTHÉ Pierre
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)

Professeur Associé Médecine générale

M. ABITTEBOUL Yves
Mme IRI-DELAHAYE Motoko
M. POUTRAIN Jean-Christophe

Professeur Associé en Bactériologie - Virologie ; Hygiène Hospitalière

Mme MALAUAUD Sandra

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : Elie SERRANO

P.U. - P.H.

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1^{ère} classe

2^{ème} classe

M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile	M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	Mme FARUCH-BILFELD Marie	Radiologie et Imagerie Médicale
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépat-Gastro-Entérologie	M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie	M. PUGNET Grégory	Médecine interne, Gériatrie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	M. TACK Ivan	Physiologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prév.	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	M. YSEBAERT Loic	Hématologie
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie		
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie		
M. HUYGHE Eric	Urologie		
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie		
M. LARRUE Vincent	Neurologie		
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie		
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie		
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation		
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie		
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie		
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation		
M. OTAL Philippe	Radiologie		
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition		
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie		
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie		
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		
		P.U. Médecine générale	
		Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	
		Professeur Associé de Médecine	
		M. BOYER Pierre	
			M. STILLMUNKES André

M.C.U. - P.H.		M.C.U. - P.H	
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme ABRAVANEL-LEGRAND Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie et Biologie Moléculaire	Mme BREHIN Camille	Pédiatrie
Mme BELLIERE-FABRE Julie	Néphrologie	Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CONGY Nicolas	Immunologie	M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CUROT Jonathan	Neurologie	Mme CORRE Jill	Hématologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie	M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie	Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire	Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
M. HAMDJ Safouane	Biochimie	Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie, Hygiène Hospit.
Mme HITZEL Anne	Biophysique	Mme GALINIER Anne	Nutrition
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie	Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire	M. GASQ David	Physiologie
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale	M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie	M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie	M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie ; Addictologie
Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme MONTASTIER-SIMMERMAN Emilie	Nutrition	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie	M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
Mme PERROT Aurore	Hématologie ; Transfusion	M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. PILLARD Fabien	Physiologie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène	M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme SABOURDY Frédéricque	Biochimie	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie	Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et Médecine Nucléaire
M. TREINER Emmanuel	Immunologie	M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique	M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et Cytologie Pathologiques
		Mme VALLET-GAREL Marion	Physiologie
		M. VERGEZ François	Hématologie
		M. YRONDI Antoine	Psychiatrie d'Adultes ; Addictologie
M.C.U. Médecine générale		M.C.U. Médecine générale	
M. BRILLAC Thierry		M. BISMUTH Michel	
Mme DUPOUY Julie		M. ESCOURROU Emile	

Maitres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr CHICOULAA Bruno
Dr FREYENS Anne
Dr PUECH Marielle

Dr BIREBENT Jordan
Dr BOURGEOIS Odile
Dr LATROUS Leila
Dr. BOUSSIER Nathalie

01/10/2020

Remerciements

Monsieur le Professeur Christophe ARBUS

Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Merci pour votre accompagnement et la richesse de vos enseignements théoriques et pratiques durant ces quatre années d'internat. Les temps d'observation de votre travail lors de mon semestre à la Liaison psychiatrique du CHU m'ont beaucoup apporté tant sur le plan des connaissances cliniques que sur les qualités humaines indispensables au métier de psychiatre.

Monsieur le Professeur Jean-Philippe RAYNAUD

Vous me faites l'honneur d'être présent à ce jury. Je vous remercie de l'intérêt porté à ce travail de thèse. Merci pour vos enseignements riches et variés en pédopsychiatrie durant l'ensemble de notre internat.

Monsieur le Professeur Norbert TELMON

Vous me faites l'honneur d'être présent à ce jury. Je vous remercie pour le semestre réalisé dans votre service de Médecine légale qui m'a permis de découvrir la médecine pénitentiaire, et l'expertise médicale. Cela a été le début de mon parcours en tant que psychiatre en milieu carcéral. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect.

Madame le Docteur Anne-Hélène MONCANY

Je te remercie de me faire l'honneur de siéger dans le jury de ma thèse. Tes différents enseignements sur la clinique, le fonctionnement institutionnel et le métier de psychiatre durant notre internat m'ont grandement appris. Ce travail de thèse s'est trouvé enrichi grâce à ta clairvoyance et ton expérience. Je te remercie pour la confiance que tu m'accordes dans le cadre de cette thèse et au niveau professionnel.

Madame le Docteur Catherine CHAIX

Je te remercie d'avoir accepté de siéger dans le jury de ma thèse. Ton expérience du soin psychiatrique en milieu pénitentiaire a été une grande richesse pour moi. Durant mon semestre à Seysses, j'ai pu bénéficier de ton compagnonnage au quotidien, qui m'a aidée dans ma pratique et également dans l'élaboration de ce travail. Je te remercie grandement du soutien que tu as été et des multiples échanges que nous avons eu ensemble, toujours dans la bonne humeur et la convivialité.

Monsieur le Docteur Raphaël CARRE

Je te remercie de m'avoir accordé ta confiance et de m'avoir accompagné dans toutes les étapes de ce travail de thèse. Tous ces moments d'échange ont permis à ce travail de grandir. Ton implication et ton soutien ont été sans faille durant ces deux années nécessaires à l'aboutissement de ce travail. Tes compétences de clinicien, et ton expérience en recherche clinique m'ont beaucoup appris, et aidé dans l'élaboration de cette thèse. Je souhaite te témoigner ma reconnaissance, et mon amitié.

Merci à l'équipe de l'antenne du SMPR de Muret pour leur intérêt pour l'étude. Leur expérience, et leur implication dans le soin aux patients détenus ont permis à l'étude de prendre forme. Je les remercie également pour leur gentillesse et leur accueil chaleureux lors de mes multiples venues sur Muret. Je tiens à remercier tout particulièrement Stéphanie Pedauge et Suzanne Tarlez qui m'ont beaucoup aidé pour le recueil des données avec sérieux et bonne humeur.

Merci à l'équipe du CRIAVS de Toulouse, à la Ferrepsy Occitanie, à l'ensemble des médecins et cadres de santé du CH G. Marchant pour leurs conseils et leur accueil.

Aux équipes des différents services où j'ai travaillé en tant qu'interne :

le SMPR de Seysses, la liaison en périnatalité de Paule de Viguier, la liaison psychiatrique du CHU, la maison départementale des adolescents, l'UF2, l'UF3, la médecine légale, la clinique Nord à Auch. Plus spécifiquement : un grand merci aux médecins, aux infirmiers, aux cadres de santé, à mes co-internes.

Merci à ceux qui m'ont donné envie de devenir psychiatre et qui ont cru en moi sans faille.

A ma famille : un grand merci à ces femmes chères à mon cœur : Ménine, ma grand-mère, toujours avec moi, qui m'a tellement donné et appris ; Maman, mon amie et soutien indéfectible ; Hélène, ma sœur ; Anaïs, ma compagne de chaque instant.

Merci à mon père, mon frère, et ma belle-sœur, pour leur présence et leur accompagnement pendant mes longues études.

Merci à mes cousins, oncles et tantes, spécialement à Alexandra pour l'aide précieuse pour les parties en anglais. Merci à Grand-Père pour ta détermination sans faille, ton humour, et ta passion transmise de la nature.

Merci à Papi et Mamita pour ces moments de partage durant notre enfance et adolescence.

Merci à mes beaux-parents et à tous les Dubecq pour l'accueil chaleureux dans leur famille.

Merci à tous nos animaux, qui sont nos rayons de soleil.

Merci à mes amis : Clotilde, Aurore, Sébastien, Claire, Carole, Ophélie, Mathilde, Margaux, Julie, Flora, Florentin : pour leur présence dans les bons moments comme dans les épreuves.

Table des matières

Abréviations	11
Illustrations	13
Introduction	15
Revue de la littérature	16
A. Méthodes	16
B. Psychiatrie carcérale.....	17
1. Prévalence des maladies mentales et du suicide.....	17
2. Organisation des soins psychiques en milieu carcéral en France	21
C. La sortie de prison : une période de vulnérabilité	23
1. Période à risque, pour tous	24
2. Pour les sortants souffrants de trouble psychique	26
3. Organisation judiciaire et médicale française de la sortie de prison	27
D. Réflexion sur le soin psychique en milieu carcéral et l'accompagnement à la sortie ...	32
1. Rapport annuel de la cour des comptes 2014	32
2. Human rights watch, avril 2016 :	33
3. Groupes de travail sur la détention, commission des lois, mars 2018.....	34
4. Contrôleur général des lieux de privation de liberté, octobre 2019.....	35
5. Feuille de route santé 2019-2022.....	36
E. Synthèse	38
Notre étude	39
A. Problématique.....	39
B. Matériel et méthodes	41
1. Type et objectif de l'étude	41
2. Lieu de l'étude	41
3. Population de l'étude	43

4. Recueil de données	43
5. Données étudiées	44
6. Analyse statistique	46
C. Résultats	48
1. Population incluse.....	48
2. Caractéristiques de la population.....	48
3. Prise en charge sur l'antenne du SMPR	53
4. L'organisation de la sortie de prison	57
D. Discussion	67
1. Interprétation des résultats.....	67
2. Forces et faiblesses de cette étude	74
3. Intérêt de cette étude.....	75
4. Perspectives	75
Conclusion	77
Bibliographie	78

Abréviations

AAH : Allocation Adulte Handicapé

ARS : Agence Régionale de Santé

CD : Centre de Détention

CGI : Clinical Global Impression

CGLPL : Contrôleur Général des Lieux de Privations de Liberté

CH : Centre Hospitalier

CMP : Centre Médico-Psychologique

CPIP : Conseiller Pénitentiaire d'Insertion et de Probation

CRIAVS : Centre Ressource pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles

CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le Travail

ETP : Equivalent Temps Plein

HAS : Haute Autorité de Santé

IME : Institut Médico-Educatif

ITEP : Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique

IS : Injonction de Soins

JAP : Juge de l'Application des Peines

MINI : Mini International Neuropsychiatric Interview

ONGI : Organisation Non Gouvernementale Internationale

OS : obligation de soins

PPSMJ : Personnes Placées Sous Main de Justice

SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés

SMPR : Service Médico-Psychologique Régional

SPIP : Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation

SPO : Soins Pénalement Ordonnés

UCSA : Unité de Consultations de Soins Ambulatoires

UHSA : Unité Hospitalière Spécialement Aménagée

USMP : Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire

Illustrations

Figures

- **Figure 1** : Diagramme de flux
- **Figure 2** : Age à la sortie
- **Figure 3** : Données sociales en %
- **Figure 4** : Catégorie socio-professionnelle (PCS-2003) en %
- **Figure 5** : Nombre d'incarcérations antérieures en %
- **Figure 6** : Motif d'incarcération en %
- **Figure 7** : Durée de la détention
- **Figure 8** : Type de suivi en %
- **Figure 9** : Nombre de suivi sur l'antenne du SMPR en %
- **Figure 10** : % de patients hospitalisés en psychiatrie
- **Figure 11** : Nombre d'hospitalisation en psychiatrie
- **Figure 12** : Lieu d'hospitalisation
- **Figure 13** : Diagnostic principal en %
- **Figure 14** : Diagnostic unique ou multiple en %
- **Figure 15** : Trajectoire post-carcérale des patients provenant de Haute-Garonne
- **Figure 16** : Trajectoire post-carcérale des patients ne provenant pas de Haute-Garonne
- **Figure 17** : Type de logement à la sortie en %
- **Figure 18** : Projet à la sortie en %
- **Figure 19** : Type de prise en charge à la sortie en %
- **Figure 20** : Modalités pénales de sortie en %
- **Figure 21** : Soin pénalement ordonné à la sortie en %

Tableaux

- **Tableau 1** : Population moyenne sous écrou, taux de suicide en prison et taux de suicide en population générale masculine de 15 à 59 ans (p. 10 000) 1950-2010
- **Tableau 2** : Données psychiatriques

- **Tableau 3** : Organisation du soin à la sortie
- **Tableau 4** : Types d'obstacle (N=32)
- **Tableau 5** : Conséquences des obstacles (N=32)
- **Tableau 6** : Suivi socio-judiciaire et soin pénalement ordonné

Introduction

La population carcérale française et internationale présente une proportion importante de personnes souffrant de troubles psychiques : trouble psychotique, épisode dépressif (1), troubles de la personnalité (2), trouble de l'usage de l'alcool et d'autres substances psychoactives (3).

En France, cette constatation a permis la mise en place de soins psychiques en détention aux missions multiples : la continuité des soins, le soutien psychologique, la prescription médicamenteuse, l'organisation du relai de soin. Cette dernière mission est particulièrement importante étant donné la période de vulnérabilité que constitue la sortie de prison avec un sur-risque de morbi-mortalité (4).

Notre première partie consistera en une revue de la littérature autour de l'état de santé mental des personnes détenues en France, les soins proposés, et les obstacles à leur mise en place en détention et à la sortie. Enfin, nous exposerons les réflexions actuelles autour de ces questions et les projets en cours de mise en place.

Notre seconde partie est consacrée à notre étude. Elle prend place dans le centre de détention de Muret, au sein de son service de psychiatrie ambulatoire, l'antenne du service médico-psychologique régional (SMPR). Cette étude concerne des patients détenus suivis et sortis de détention en 2019. L'objectif de l'étude est d'étudier le relai de soin psychiatrique dans le contexte de la sortie de prison, de mettre en évidence les orientations majoritaires, d'observer les obstacles à ce relai et d'en comprendre les enjeux.

Revue de la littérature

A. Méthodes

Nous avons réalisé des recherches de novembre 2019 à juillet 2020 sur plusieurs moteurs de recherche médicaux, généralistes et judiciaires : « google », « pubmed », « banque de données en santé publique ». Nous avons utilisé les mots-clés « mental illness », « prison », « release », « transition », « suicide », pour le site Pubmed. Nous avons également cherché des publications sur les sites des institutions françaises (Sénat, Assemblée-Nationale, Ministères de la Justice, de la Santé et des Solidarités). Dix-sept articles ont été retenus : dix français, sept étrangers ; publiés entre 2002 et 2018. Nous avons également inclus trois rapports, une recommandation de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé, un avis officiel, deux feuilles de route gouvernementales, et un plan de santé publique publiés entre 2009 et 2019.

B. Psychiatrie carcérale

1. Prévalence des maladies mentales et du suicide

a) Epidémiologie française

Une étude française (5) dirigée par la DREES datant de 2002 a observé la prévalence des troubles mentaux à l'entrée en détention puis dans le suivi au SMPR à l'aide de deux questionnaires. Elle est multicentrique, sur 23 SMPR avec 2300 patients inclus. Un entrant sur deux présentait des troubles psychiatriques avec les troubles addictifs en tête pour les hommes, et les troubles anxio-dépressifs en tête pour les femmes ; un entrant sur cinq était déjà suivi par le secteur de psychiatrie. Sur l'ensemble des détenus suivis dans les SMPR, les troubles de la personnalité représentaient 34% des diagnostics, les troubles liés à l'usage de substance psycho-active 25%, les troubles anxieux 12%, les troubles psychotiques 8%, les troubles de l'humeur 7%.

La dernière grande étude française multicentrique estimant la prévalence des troubles psychiatriques en prison a été réalisée entre 2003 et 2004 sur 23 établissements pénitentiaires avec 799 hommes inclus (6). Un binôme d'enquêteurs (psychiatre et psychologue ou interne en psychiatrie) ont procédé à une évaluation diagnostique (MINI et entretien libre) et de la gravité des troubles (échelle CGI). Le taux de participation a été de 57%. Il a été retrouvé des troubles psychiques toutes gravité confondue, très fréquents, concernant huit hommes sur dix et sept femmes sur dix ; avec dans la majorité des cas plusieurs troubles comorbides dont des addictions.

Un diagnostic a été considéré comme significatif si la gravité du trouble était au moins égal à cinq sur l'échelle de CGI (patient « manifestation malade », « gravement malade » ou « parmi les patients les plus malades »). Dans ces conditions, il a été retrouvé que 27.4 % des hommes inclus présentaient un trouble psychiatrique significatif, avec 21.4 % de trouble de l'humeur dont 2 % de trouble bipolaire, 2.1% d'épisode hypomaniaque ou maniaque actuel et 17.9% d'épisode dépressif caractérisé, 21.2% de troubles anxieux dont 9.7% de stress post-traumatique, 14.0% de trouble addictif, 12.1% de trouble psychotique dont 3.8% de schizophrénie.

Il est rappelé que les prévalences très élevées de troubles psychiques toute gravité confondue révèlent une souffrance psychique dans le contexte de l'enfermement. Cela concerne les troubles anxio-dépressifs, mais aussi les troubles psychotiques avec une perte de contact à la réalité induite par l'incarcération. Cette étude présente plusieurs limites avec un taux de réponse d'uniquement 57% et l'absence de recherche de trouble de la personnalité.

Une étude locale plus récente a été menée dans le Nord-Pas-de-Calais entre 2014 et 2017 sur 653 personnes détenues entrantes en détention comparés à 626 personnes en population générale (7). Les troubles psychiques ont été décelés à l'aide du MINI, sans évaluation de la sévérité des troubles. 70% des arrivants présentaient au moins un trouble psychiatrique : 27.3% un épisode dépressif sur les deux dernières semaines, 7% d'antécédent d'épisode maniaque, 7% de syndrome d'allure psychotique, 22.7% de dépendance à l'alcool et 26.3% de dépendance à une drogue sur les douze derniers mois. En comparaison, les prévalences de troubles psychiques étaient bien supérieures à la population générale : dix fois plus d'état de stress post-traumatique, quatre fois plus d'addiction, deux fois plus de trouble psychotique, un risque suicidaire moyen ou élevé trois fois plus retrouvé.

Une étude nationale à grande échelle a été initiée en 2019 afin d'estimer la prévalence sur le pays des troubles psychiatriques en prison, de décrire et d'évaluer le parcours de soin pendant et après la détention. L'étude « la santé mentale de la population carcérale sortante » semblait une nécessité compte tenu de l'ancienneté de la dernière étude nationale et de l'enjeu de santé publique représenté par le soin psychique des patients détenus.

b) *Epidémiologie internationale*

Une revue de la littérature publiée en 2013 (8) a inclus des articles publiés entre janvier 2000 et septembre 2012 en Europe du Nord ou de l'Ouest, au Canada, en Australie, aux USA et en Nouvelle-Zélande. Les différentes études évaluaient l'état de santé global des personnes détenues.

Il a également été retrouvé une surreprésentation des troubles psychiatriques et addictifs dans le milieu carcéral, comparé à la population générale : avec un tiers des personnes détenues

souffrant d'au moins une addiction, et des troubles schizophréniques multipliés par quatre par rapport à la population générale.

Une autre revue de la littérature publiée en 2012, concernait 33 588 personnes détenues à travers le monde (1). Les études incluses ont été réalisées entre 1966 et 2010, dans vingt-quatre pays. Les mêmes résultats ont été mis en évidence avec des taux élevés de troubles psychiatriques avec des prévalences de troubles dépressifs de 10.2% chez les hommes et de 14.1% chez les 4028 femmes. Il a été retrouvé 3.6% de troubles psychotiques chez les hommes et 3.9% chez les femmes. Les taux étaient relativement stables dans le temps.

c) *Le suicide en prison*

Il paraît pertinent d'observer les taux de suicide en milieu pénitentiaire, compte tenu des nombreux facteurs de risque de suicide observés : la prévalence élevée des troubles psychiatriques, des troubles de l'usage de substance, le contexte d'isolement et d'enfermement, ainsi que la situation de crise que peut constituer une mise en examen et une incarcération.

En 2014, un article publié dans *Population* (9), retrouve une sur-suicidalité dans les prisons de France, en augmentation depuis le 19^{ème} siècle, avec un taux de suicide en détention à 170 pour 100 000 entre janvier 2006 et juillet 2009. Le *tableau 1* issu de cet article expose l'évolution de la population carcérale française, et du taux de suicide en le comparant au taux de suicide dans la population générale masculine de 15 à 59 ans. Pour l'année 2010, il est retrouvé sur-suicidalité de 7,1.

Tableau 1 : Population moyenne sous écrou, taux de suicide en prison et taux de suicide en population générale masculine de 15 à 59 ans (p. 10 000) 1950-2010

Période	Population moyenne sous écrou (1)	Taux de suicide des personnes sous écrou (2)	Taux de suicide en population générale : hommes 15-59 ans (3)	Sur-suicidalité (2)/(3)
1950	35257	1.4	2.4	0.6
1960	27736	4.3	2.4	1.8
1970	29288	6.5	2.3	2.8
1980	37306	10.5	2.9	3.6
1990	45537	12.7	3.1	4.2
2000	46334	25.3	2.9	8.6
2010	61949	18.9	2.7	7.1

Source : (1) et (2) Ministère de la justice ; Ined jusqu'en 1999 puis Cepidc

Quelques facteurs sont associés à un risque suicidaire augmenté en prison, comme le placement en quartier disciplinaire (risque multiplié par 10), les antécédents d'hospitalisation en détention, ou l'absence de parler.

Le suicide en prison est une problématique de santé publique, à l'internationale. Une étude publiée en 2017 a observé les taux de suicide pénitentiaire dans vingt-quatre pays d'Europe, d'Amérique du Nord, d'Australie et de Nouvelle-Zélande sur les années 2011 à 2014 (10).

Les taux de suicide pour 100 000 par an variaient entre les pays : de 23/100 000 aux USA à 180/100 000 en Norvège. Les six pays présentant des taux de suicide les plus élevés : supérieurs à 100/100 000 étaient la Norvège, la France, la Belgique, le Portugal, la Suède, et la Finlande.

La sur-suicidalité par rapport à la population générale a été observée : d'un facteur 10 en Norvège à un facteur 2 dans les prisons américaines « locales » pour les hommes ; d'un facteur 41 en France à un facteur 4 dans les prisons américaines « locales » pour les femmes.

Dans cette étude, il n'a pas été retrouvé de facteurs pénitentiaires comme la surpopulation carcérale, le taux de surveillant par personne détenue, nombre de professionnel de santé, statistiquement associés au suicide.

Les taux de suicide variaient grandement entre les pays avec des taux les plus élevés pour les pays Nordiques, la France. Une des explications possible serait un comptage exhaustif des décès par suicide (comptage des personnes décédées à l'hôpital, en permission).

La prévention du suicide et le repérage de la crise suicidaire en détention, sont donc primordiaux, afin de diminuer au maximum le nombre de suicide dans le contexte carcéral. D'autres études sont nécessaires afin de renseigner sur les facteurs de risque individuels et environnementaux associés au passage à l'acte suicidaire.

2. Organisation des soins psychiques en milieu carcéral en France

Depuis la loi du 9 septembre 2002 créant les Unités d'Hospitalisation Spécialement Aménagées (UHSA) (11), les soins psychiques en détention sont organisés en trois niveaux. Le niveau un concerne les soins ambulatoires assurés dans les unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP), et dans les services médico-psychologiques régionaux (SMPR). Le niveau deux concerne l'hospitalisation de jour dans les SMPR. Le niveau trois concerne l'hospitalisation complète en soins libres ou soins sans consentement dans les UHSA ou dans des services de psychiatrie générale.

Sur le territoire français, on retrouve 175 USMP, 28 SMPR et 9 UHSA, dispensant des soins psychiques pour les 61102 personnes détenues (statistique au 1^{er} octobre 2020) (12).

Les SMPR ont été mis en place en 1986 par le décret n°86-602 (13). Ils ont pris la suite des CMPR (centres médico-psychologiques régionaux), créés en 1977. Depuis la loi n°94-43 du 18 janvier 1994 (14), ils font partis de l'hôpital public. Le principe présenté dans cette loi est l'égalité d'accès aux soins que l'on soit en liberté ou en détention.

Ils sont situés dans les centres pénitentiaires : maison d'arrêt, centre de détention, maison centrale. Ils sont composés d'équipes pluridisciplinaires avec notamment des psychiatres, des psychologues, des infirmiers, des assistants sociaux. Leurs missions consistent en un rôle de prévention, de diagnostic et de soin courant, comme détaillé dans les code de procédure pénale (15) et de santé publique (16).

Le soin peut s'y exercer sous diverses modalités : consultation médicale, entretien infirmier, délivrance de traitement, activité thérapeutique, hôpital de jour, orientation vers une hospitalisation complète si nécessaire.

Les soignants assurent la continuité des soins, l'initiation et le maintien de prescription, le soutien psychologique. Ils participent également à la prévention du suicide.

Le rôle des soignants concerne également la préparation à la sortie, avec l'organisation sociale, et médicale de la sortie de prison, en collaboration avec les travailleurs sociaux.

C. La sortie de prison : une période de vulnérabilité

La période de la sortie de prison, période de transition entre le milieu carcéral très encadré et le milieu extérieur libre à risque d'isolement nécessite un accompagnement de qualité.

Le député Jean-Luc Warsmann, auteur d'un rapport en 2003 « délais d'exécution de peines : en tirer les conséquences », s'exprime en 2012 sur la sortie de prison via le journal « libération » (17) : *«La sortie de prison, quelle que soit la durée de la peine purgée, est un moment difficile à vivre. La personne libérée sans préparation ni accompagnement risque de se retrouver à nouveau dans un environnement familial ou social néfaste, voire criminogène, ou bien au contraire dans un isolement total, alors qu'elle aurait besoin de soutien pour se réadapter à la vie libre. Tout ceci peut l'amener à la récidive».*

Dans ce même article, d'anciennes personnes détenues racontent leurs expériences, comme « Jean-Paul », quarante-sept ans, qui a passé sept ans en détention : *« J'ai imaginé des centaines de fois le jour de ma sortie. Et puis, à l'approche du jour J, j'ai commencé à paniquer. A me crisper. J'ai senti une angoisse terrible monter. (...) Finalement, un médecin pénitentiaire m'a diagnostiqué des attaques de panique. J'ai pris des calmants pendant quelques jours et je suis sorti. Mais le mal-être physique a laissé place à un mal-être psychologique. Les trois-quarts de ma famille ne voulaient plus me voir. Lorsque j'appelais, ils décrochaient et raccrochaient dès qu'ils entendaient ma voix. Ensuite, ça sonnait dans le vide. C'est horrible, ce sentiment d'être le mouton noir(...) J'étais tellement mal dans ma peau que je ne voulais être qu'ivre. C'étaient les seuls moments où je riais, où je me lâchais un peu. Sinon, j'avais l'impression d'être un fantôme. Quelqu'un d'inintéressant. Aujourd'hui, après deux ans de liberté, je ne me sens pas encore très solide. Mais, j'arrive à reprendre du plaisir à être dehors. Ce qui me fait peur parfois, c'est quand je me dis que je pensais à récidiver juste pour retourner en prison. La sortie était un tel cauchemar que j'ai pensé à retrouver le confort que représentait ma cellule.»*

Plusieurs études scientifiques ont été menées autour de ce sujet : certaines portant sur une population d'individus sortants de prison, d'autres plus spécifiquement sur les individus sortants de prison et atteint de trouble psychique.

1. Période à risque, pour tous

A sa sortie de détention, comme précédemment évoqué, l'individu peut se retrouver isolé, rejeté de ses pairs, avec des difficultés à se réinsérer dans la société.

a) La récidive

Une étude française publiée en 2011 (18), retrouve chez une cohorte de 6910 personnes détenues libérées en 2002, un taux de récidive à 59% à cinq ans. La moitié des récidives se situait dans la première année après la libération, et les trois quarts dans les deux premières années.

b) La mortalité toute cause

Une étude française, publiée en 2003, concernait 1305 personnes détenues de la prison de Fresnes, âgés de moins de cinquante-cinq ans et libérés en 1997 (19). Durant l'année suivant la libération, il y a eu 19 décès, dus à des états pathologiques (VIH, maladies cardiovasculaires, maladies respiratoires, cirrhose du foie), ou à des morts non naturelles (overdoses, accidents, suicides). Ces taux de mortalité ont été comparés à ceux de la population générale française de la même tranche d'âge. Il a été retrouvé une augmentation de la mortalité chez les 15-34 ans (x3.5 pour les morts non naturelles, x8.7 pour les morts naturelles), une augmentation de la mortalité chez les 35-54 ans (morts non naturelles x10.6). Les taux de mortalité par overdose étaient très augmentés par rapport à la population générale : x 124 chez les 15-34 ans, et x 274 chez les 35-54 ans. Cette étude présente des biais, avec 13.6% d'individus perdus de vue, avec un statut vital non renseigné, et un échantillon de petite taille ; et nécessite une confirmation de ces résultats par d'autres recherches.

Une étude américaine publiée en 2007, s'est intéressée à 30 237 sortants de prison entre juillet 1999 et décembre 2003 dans l'état de Washington (4). L'objectif était d'estimer le taux de

décès suivant la sortie de détention et de le comparer à la population générale. Il a été retrouvé 443 décès dont 253 la première année ; correspondant à une mortalité à 777 pour 100 000 personne-année. Ce taux est trois fois et demie supérieur à la population générale de l'état du même sexe, et âge. Les causes de décès étaient variées : overdoses, maladies cardiovasculaires, homicides, suicides.

c) Le suicide

Les deux études précédemment évoquées font état d'une hausse de la mortalité toute cause à la sortie de prison. Plusieurs études ont étudiées spécifiquement le risque de suicide : morts évitables avec une prise en charge adaptée.

Une étude britannique nationale publiée en 2006 s'est intéressée spécifiquement au risque de suicide en sortie de prison (20), avec pour objectif de déterminer son taux dans l'année suivant la sortie et de le comparer à celui de la population générale. Les bases de données concernant les suicides et les personnes détenues ont été croisées. Sur 244 988 individus sortants de détention, il y a eu 382 suicides dans l'année. Ce qui correspond à un taux de suicide de 156/100 000 personne-année contre 12/100 000 dans la population générale. Le risque relatif était donc de 13.5. 21% des suicides ont eu lieu dans les vingt-huit premiers jours. Dans l'argumentation autour de ces résultats, il est évoqué une population présentant de nombreux facteurs de risque suicidaires: maladies psychiatriques, addiction, bas niveau socio-économique. La période est décrite comme sensible avec pour les individus un sentiment d'exclusion, et parfois une absence de soins médicaux et de traitement.

L'ensemble de ces recherches conclut à la nécessité d'une coopération entre les équipes de soin, de réinsertion et la Justice afin de soutenir ces personnes, avant et après la sortie. Les besoins mis en évidence sont l'affiliation à la sécurité sociale, un logement, un travail, des consultations médicales régulières notamment pour les individus à risque de suicide.

2. Pour les sortants souffrants de trouble psychique

Les troubles psychiques peuvent entraîner des difficultés dans la gestion du quotidien, pouvant rendre la transition plus délicate.

a) Pronostic social et médical

Une étude australienne réalisée de 2008 à 2010 avait pour objectif de rechercher une association entre trouble psychiatrique et mauvais score sur des indicateurs médico-sociaux en sortie de détention (logement, travail, santé mentale, santé physique, usage de drogue) (21). Plusieurs entretiens ont été menés : en détention, puis à un, trois et six mois après la sortie de prison.

Cette étude incluait 1324 personnes dont 575, soit 43.4% ont déclaré avoir eu au cours de leur vie un diagnostic de trouble psychiatrique. Les personnes ayant déclaré un trouble psychiatrique présentaient en détention des marqueurs de maladie mentale reconnus, comme des antécédents de tentative de suicide, un traitement par psychotrope, un score de qualité de vie faible. Les deux populations, sans différence significative, présentaient des indices de précarité sociale en sortie de détention avec un taux de sans domicile fixe à six mois de 17 à 24%, un taux de chômage à six mois de 60 à 70%. Il a été retrouvé une différence significative entre les deux populations après ajustement pour l'usage de drogue par voie injectable supérieur dans la population avec trouble psychiatrique, les scores de santé mentale et physique inférieurs dans la population avec trouble psychiatrique et un taux de consultation chez le médecin généraliste et aux urgences plus élevé dans la population avec trouble psychiatrique.

Un des biais de cette étude est l'auto-déclaration du diagnostic de trouble psychiatrique, entraînant une sous-estimation (80% de prévalence de trouble psychiatrique en prison dans les études australiennes). Il y a eu environ 30% de perdus de vue dans le suivi ; ce qui est assez fréquent dans les études sur les sortants de prison, entraînant une perte de puissance. Il est conclu pour cette étude que la transition de la détention à la communauté exacerbe les inégalités avec nécessité d'accompagnement.

b) Programme de transition

Il existe dans la plupart des pays développés des programmes médico-sociaux intervenant en fin de peine ou après la sortie afin d'accompagner les personnes détenues.

Une revue de la littérature publiée en 2018 incluant treize études américaines, australiennes et britanniques (22) avait pour objectif d'identifier des programmes d'intervention auprès des personnes détenues souffrant de trouble psychiatrique. Les critères d'évaluation de ces programmes étaient le pronostic médical et social à la sortie de prison, via la couverture sociale, l'utilisation des services de soin et la récidive. Les programmes d'intervention étaient variés : un organisait des soins généraux, et psychiatriques, avec projet autour de l'hébergement, avec une période d'intervention avant et après la libération ; un autre était géré par des travailleurs sociaux offrant un soutien et une aide pour la recherche d'hébergement, de travail, la gestion des finances, les relations familiales ; un autre ne concernait que la période post-détention avec délivrance du traitement, aide psycho-sociale, surveillance de la consommation de drogues.

Ces programmes ont pu améliorer l'adhésion à un suivi médical en milieu libre, et augmenter les taux de couverture sociale. Une seule étude a regardé l'impact sur l'état clinique des patients sans trouver de différence entre les groupes. Aucune n'a observé l'impact sur le suicide ou la mortalité. Les résultats étaient contradictoires sur la récidive.

Cette revue présente de nombreux biais avec une grande hétérogénéité dans la méthodologie des études et des programmes. Les études sont de faible puissance et leur comparaison est ardue devant leur diversité. D'autres études de plus grande qualité sont nécessaires pour examiner les différentes retombées de chaque programme d'intervention.

3. Organisation judiciaire et médicale française de la sortie de prison

a) Situation pénale

La sortie d'incarcération peut se faire suivant plusieurs modalités. La première est la levée d'écrou ; dans la plupart des cas elle correspond à une fin de peine, et dans le cas de la

libération conditionnelle (libération sous condition de respect d'obligations) (23), la levée d'écrou est assortie d'un aménagement de peine (24).

La personne peut également sortir de prison sans levée d'écrou de manière anticipée à l'occasion d'un aménagement de peine décidé par le juge d'application des peines.

Il en existe de plusieurs types : le placement sous surveillance électronique (engagement de la personne à rester à son domicile durant la plage horaire fixée par le juge) (25), le placement extérieur (investissement dans un projet et hébergement dans une structure désignée par le magistrat) (26), la semi-liberté (incarcération dans un centre de semi-liberté la nuit et les week-ends, sorties possibles en journée pour exercer une activité professionnelles ou de formation) (27). Cette sortie peut s'accompagner d'obligations telles qu'un suivi socio-judiciaire (28) exercé par le CPIP, les soins pénalement ordonnés.

b) Soins psychiques en milieu libre

Le soin psychique peut être psychologique, psychiatrique ou addictologique. Il peut être initié en sortie de détention ou prendre le relai d'une prise en charge initiée en milieu carcéral. Le soin ordonné par un juge peut constituer une sanction pénale décidée par le Juge. Il se nomme alors « soin pénalement ordonné », il a pour objectif principal pour la Justice la prévention de la récidive. Il en existe trois sortes : l'obligation de soin, l'injonction thérapeutique et l'injonction de soin.

L'obligation de soin est la mesure la plus fréquente. Elle a été instaurée en 1958 et prévue par l'article 132-45 du code pénal (29). Elle ne nécessite pas d'expertise psychiatrique, et peut être prononcée pour tout type d'infraction. Le médecin assure le suivi et délivre des attestations de présence.

L'injonction thérapeutique a été introduite en 1970 et prévue dans la liste des obligations de l'article 132-45 du code pénal. Elle est prononcée de manière hétérogène sur le territoire. Elle est utilisée dans le cadre d'une addiction, et implique un médecin relais désigné par l'ARS.

L'injonction de soin, apparue dans la loi du 17 juin 1998 avec le suivi socio-judiciaire (30), s'adressait initialement aux auteurs de violence sexuelle. A présent son champ d'action a été étendu à d'autres infractions. Elle nécessite une expertise psychiatrique. Un médecin

coordonnateur constitue l'interface entre le juge et le médecin/psychologue traitant. Il recevra le condamné une à deux fois par an, et pourra être sollicité par le soignant ou par le Juge.

c) *Réflexion autour des soins pénalement ordonnés*

Une revue de la littérature publiée en 2015 (31), s'est intéressée aux soins pénalement ordonnés. Sept études descriptives rétrospectives ont été incluses dans l'objectif de connaître la prévalence des soins pénalement ordonnés et les caractéristiques socio-démographiques, infractionnelles et psychiatriques des personnes concernées. L'ensemble des études regroupait 375 personnes. Il a été retrouvé une grande majorité d'hommes (plus de 80%), un niveau d'étude bas. L'injonction de soin concernait surtout des personnes condamnées pour violence sexuelle (plus de 80%), l'obligation de soin surtout des personnes condamnées pour des actes de violence.

Pour les personnes en injonction de soin, il a été retrouvé 19 à 44% de trouble de l'axe I (trouble de l'humeur, trouble anxieux, trouble psychotique), de 22 à 65% de trouble de la personnalité, et 4 à 69% de troubles addictifs. 15 à 27% des personnes n'avaient pas de trouble psychiatrique mentionné par l'expertise psychiatrique.

Pour les personnes en obligation de soin, il a été retrouvé 15% de troubles psychotiques, 28 à 57% de troubles de la personnalité, 11 à 69% de troubles addictifs. 9 à 47% des personnes ne présentaient aucun trouble psychiatrique.

En 2010, il y avait 3791 injonctions de soin répertoriées. Il est conclu à une augmentation des mesures entre 2000 et 2010, peu d'études autour de ces mesures. Les médecins seraient mal formés vis-à-vis de ce type de soin. Un des freins à ces prises en charge serait la différence d'objectif entre la Justice qui recherche une prévention de la récidive et le médecin qui est un acteur du soin, et accompagne son patient. Le taux important de personnes en SPO sans trouble psychiatrique retrouvé à l'expertise psychiatrique pose également question de la médicalisation de la sanction.

Une étude du dispositif d'injonction de soin a été réalisée sous la direction de Virginie Gautron, spécialiste en droit pénal et sciences criminelles, sur la juridiction de Nantes (32).

Quatre-vingt-dix-neuf dossiers ont été examinés et trente entretiens ont été réalisés auprès de professionnels confrontés à l'IS. L'objectif de cette étude était de décrire les caractéristiques des personnes en injonction de soin, des infractions commises, d'examiner les pratiques, et d'observer l'articulation Santé-Justice. La mesure était prononcée en priorité pour les auteurs de violences sexuelles avec de multiples victimes ou en récidive, elle était rarement une alternative à l'incarcération, mais plutôt une peine complémentaire. 67% des suivis étaient pour une durée supérieure ou égale à cinq ans. Les personnes concernées venaient plutôt de catégorie socioprofessionnelle populaire avec un environnement familial carencé ou violent ; ils avaient souvent expérimenté une scolarité chaotique, une trajectoire professionnelle instable et souffraient pour beaucoup d'addiction notamment d'alcoolodépendance.

Les expertises psychiatriques ne retenaient pas d'abolition du discernement mais une altération dans un tiers des cas. Il a été observé que l'avis de l'expert sur la mise en place d'une injonction de soin était suivi par le juge quasiment systématiquement. Des obstacles dans la continuité des soins entre la détention et le monde extérieur ont été trouvés avec un faible nombre de thérapeute acceptant les patients en soin pénalement ordonné, une pénurie de médecin coordonnateur, des CMP saturés, un risque de perte de sens devant des suivis longs, une position délicate du thérapeute devant un suivi irrégulier avec la question du signalement judiciaire.

Des recommandations de bonne pratique pour la prise en charge des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre des mineurs de moins de quinze ans, ont été réalisées par l'HAS en 2009 (33), afin d'aider les soignants dans ces situations souvent rencontrées dans l'injonction de soin. Elles détaillent le cadre légal des soins pénalement ordonnés, les objectifs de prise en charge, les thérapeutiques possibles. Il est rappelé que la personne est un patient et que son consentement au soin est nécessaire ; le secret professionnel est rappelé comme une condition indispensable à l'alliance thérapeutique. La personne ne doit jamais être réduite à ses actes ou à ses symptômes. Les objectifs de ces suivis sont la prise en charge de la souffrance, l'amélioration des fonctionnements psychologiques, relationnels et sociaux, pouvant contribuer à diminuer les conduites sexuelles inappropriées. Ces recommandations rappellent la présence des Centres Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles (CRIA VS), et la possibilité de s'y former.

Ces mesures peuvent organiser le suivi psychique de personnes sortantes de prison. Elles présentent des limites autour de l'articulation Santé-Justice, de l'indication du soin et de son objectif. Le nombre de ces mesures est en augmentation, il semble nécessaire que ses acteurs soient mieux formés : à la Justice et ses enjeux pour les professionnels de santé, et au soin psychique, ses indications et ses objectifs pour les juges.

D. Réflexion sur le soin psychique en milieu carcéral et l'accompagnement à la sortie

Des investigations ont été faites ces dix dernières années pour mettre en lumière les conditions actuelles du soin psychique en détention en France, dénoncer les manquements et proposer des améliorations.

1. Rapport annuel de la cour des comptes 2014

Tome I : La santé des personnes détenues : des progrès encore indispensables (34)

Ce rapport a été écrit dans le cadre des vingt ans de la loi du 18 janvier 1994 (14), afin d'effectuer un bilan.

De franches améliorations ont été retrouvées, avec notamment une augmentation de 57% du nombre de psychiatres entre 1997 et 2012, et de 60% des paramédicaux en psychiatrie. Ces chiffres sont à nuancer, devant l'augmentation de la population carcérale de 25 % de 1994 à 2012.

Il souligne les disparités régionales en personnel de santé allant pour les psychiatres de 1.3 ETP/1000 personnes détenues en Champagne-Ardenne à 6.94 en Guadeloupe ; en structure de soin, avec des régions non pourvues de SMPR ou d'UHSA. Il est également décrit des locaux sanitaires parfois vétustes et exigus.

Des obstacles dans le soin ont été retrouvés avec des démarches de santé dépendant du fonctionnement pénitentiaire. Le relai de soin à la sortie peut être empêché par l'ignorance des soignants de la date de la sortie ou d'une libération dans une zone éloignée. Ces obstacles peuvent favoriser les ruptures de soins.

Les « consultations post pénales » organisées par certains SMPR pour accompagner les patients dans la transition que constitue la sortie de prison, sont présentées comme une solution pour accompagner les patients.

En conclusion, d'incontestables progrès ont été faits depuis 1994. Il est recommandé en fin de rapport de réaliser un suivi épidémiologique régulier, de renforcer l'offre de soins, d'inscrire les personnes détenues dans un parcours de soin allant au-delà de la levée d'écrou.

2. Human rights watch, avril 2016 :

Double peine : Conditions de détention inappropriées pour les personnes présentant des troubles psychiatriques dans les prisons en France (35)

Human Rights Watch est une organisation non gouvernementale internationale (ONGI) avec pour mission de défendre les droits de l'Homme et le respect de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme.

Cette ONGI a conduit des recherches entre janvier et juillet 2015 pour rédiger un rapport, avec visite de prisons françaises, et des entretiens auprès de personnes détenues et des professionnels en lien avec le milieu pénitentiaire : des fonctionnaires travaillant dans le cabinet du ministère de la justice, dans l'administration pénitentiaire et au ministère de la santé, des avocats, l'observatoire international des prisons, un syndicat de gardiens de prison et le contrôleur général des lieux de privation de liberté.

Ce rapport rappelle la fréquence des troubles psychiatriques en détention, souvent expliquée par la loi de 1994 disposant que la juridiction devait « tenir compte » d'une maladie mentale altérant le discernement pour déterminer la peine, avec souvent une peine plus sévère. Depuis 2014, la peine doit être réduite d'un tiers si une altération du discernement au moment des faits est conclue par l'expert psychiatre. Cette loi (36) donne également la possibilité à la suspension de peines d'emprisonnement pour motif médical. Cependant il serait souvent difficile de trouver des structures accueillant ces patients.

Des difficultés anciennes sont soulignées : la localisation des prisons éloignées des villes compliquant l'accès aux soignants et aux proches ; l'ONGI évoque également les difficultés de coordination entre l'administration pénitentiaire et le soin.

Des soins psychiatriques seraient possibles pour les femmes, cependant un seul SMPR leur offre des lits d'hospitalisation de jour et les mouvements seraient limités pour elles.

Les patients nécessitant une hospitalisation, le sont souvent dans des hôpitaux psychiatriques de secteur par manque de place en UHSA ou absence d'UHSA dans leur région. Dans ces structures, ils subiraient des conditions d'hospitalisation particulières avec mise en isolement quasi systématique, décrit par l'expert des Nations unies comme un traitement « cruel », « inhumain ».

Les surveillants interrogés ont indiqué qu'ils n'étaient pas formés à la maladie mentale.

En fin de rapport, il est recommandé à l'Etat français de mettre les moyens permettant des soins de santé mentale de qualité, à la Justice française d'appliquer la loi de 2014.

3. Groupes de travail sur la détention, commission des lois, mars 2018

Repenser la prison pour mieux réinsérer, rapport n° 808 : la prise en charge des détenus souffrant de troubles psychiatriques (37)

Il a été créé quatre groupes de travail sur la détention en France par la commission des lois. Un concerne la prise en charge des détenus atteints de maladie mentale.

Les parlementaires ont mené des auditions auprès des représentants de personnels pénitentiaires, magistrats, avocats, médecins. Ils ont visité plusieurs centres pénitentiaires et une UHSA.

Au terme de ces travaux, trois priorités se sont dégagées : une meilleure connaissance des troubles psychiatriques en détention, une amélioration de l'organisation des soins et la nécessité de la continuité des soins à la sortie.

Sur la continuité des soins, il a été relevé des discontinuités entre une hospitalisation et un retour en détention. Il est à réfléchir de l'intérêt des programmes de soins, qui constituent des soins psychiatriques sans consentement ambulatoires, en détention. Cette possibilité reste contestée, notamment par les psychiatres travaillant en détention.

Il est proposé un groupe de travail pour permettre l'application de la loi d'août 2014 (36) sur la suspension de peine, avec clarification du critère d'incompatibilité de l'état de santé et d'examiner l'opportunité d'étendre le bénéfice de la suspension de peine aux soins psychiatriques sans consentement.

La sortie de détention est connue comme à risque de rupture de soin. Actuellement, la consultation « sortant » permet d'organiser les soins en milieu libre dans certaines régions; cependant ce dispositif est peu compatible avec la surpopulation carcérale et le sous-effectif médical. Il a été retrouvé des obstacles au relai de soin notamment chez les patients sans

domiciliation ou sans entourage, des délais d'attente pour les centres médico-psychologiques longs, un manque de structure d'accueil.

Les propositions du groupe de travail sont la construction de quartiers de préparation à la sortie ou le recours à des établissements ouverts : « centres pénitentiaires de réinsertion ». Il est recommandé également de repérer précocement les patients précaires.

Un programme est expérimenté à Marseille : Alternative à l'incarcération par le logement et le suivi intensif dans la cité (AILS). Il s'adresse aux personnes sans logement avec des troubles psychiatriques sévères et déférées en comparution immédiate devant le Tribunal de Grande Instance. Ils s'inspirent de programmes : « jail diversion » des USA, Canada, Royaume-Uni et Australie. Son objectif est d'évaluer un accompagnement médical et social pénalement ordonné, avec accès à un logement, et suivi intensif ; et d'éviter que le passage en prison constitue un facteur aggravant au niveau sanitaire et social pour ces personnes.

4. Contrôleur général des lieux de privation de liberté, octobre 2019

Avis du 14 octobre 2019 relatif à la prise en charge des personnes détenues atteintes de troubles mentaux (38)

Adeline Hazan, CGLPL de juillet 2014 à juillet 2020, s'était exprimée sur le sujet dans la revue « Santé Mentale » en avril 2018 (39) : soulignant les obstacles aux soins en détention, le vécu de souffrance secondaire à l'enfermement, la méconnaissance de la prévalence des troubles psychiques, et le risque de rupture de soin à la sortie de détention.

Dans l'avis publié au Journal Officiel d'octobre 2019, elle rappelle l'objectif d'égalité d'accès aux soins entre les personnes détenues et le reste de la population, compromise par l'insuffisance des moyens institutionnels, la banalisation des atteintes quotidiennes aux droits fondamentaux soulignées par « Human Rights Watch », la méconnaissance des pathologies affectant la population pénale. Elle rappelle que la cour européenne des droits de l'homme a condamné la France à plusieurs reprises après des suicides en prison.

Autour de la sortie de prison, elle rappelle qu'une personne détenue sortant sans accompagnement médical présenterait un risque augmenté de récidive. Elle indique la

nécessité de coordonner efficacement le travail social, médical et judiciaire afin de favoriser un accompagnement médico-social.

En conclusion, elle évoque un risque de perte de sens de la sanction, et souligne les deux objectifs principaux : l'égalité réelle dans l'accès aux soins, et l'urgence à bannir l'atteinte aux droits fondamentaux des personnes détenues.

5. Feuille de route santé 2019-2022

Feuille de route : santé des personnes placées sous main de Justice 2019-2022 (40)

La feuille de route fait suite à une analyse du plan de santé publique 2010-2014 pour les PPSMJ (41) et à un travail interministériel de concertation avec les acteurs de terrain.

Elle se compose en vingt-huit actions organisées en six axes :

- Mieux connaître l'état de santé et déterminer les besoins en matière de santé des PPSMJ
- Développer la promotion de la santé des PPSMJ
- Poursuivre l'amélioration des repérages et du dépistage
- Améliorer l'accès aux soins
- Organiser la continuité de la prise en charge lors des sorties de détention et des levées de mesures de justice
- Favoriser la coopération des acteurs impliqués dans la mise en œuvre de la stratégie de santé

Les actions phare de cette feuille de route sont :

- La surveillance de la santé mentale de la population détenue et les soins proposés ; avec deux études en cours : étudiant la prévalence des troubles mentaux l'une chez les entrants, l'autre chez les sortants de prison.
- Le renforcement des actions de prévention autour du suicide, en s'inspirant de Vigilans présenté dans la feuille de route « Santé mentale et psychiatrie », de 2018 (42). Une expérimentation du recontact des suicidants est en cours dans les Hauts de France.

- L'augmentation des libérations et aménagements de peine pour raison médicale.
- L'amélioration du parcours de soins en santé mentale : avec les travaux de la seconde tranche des UHSA, la mise en place d'un groupe de travail sur le parcours en santé mentale des patients détenus, une enquête relative aux SMPR, un développement de l'offre en hospitalisation de jour et une amélioration des conditions d'hospitalisation en secteur de psychiatrie.
- La garantie pour les femmes détenues d'avoir un accès continu aux soins.
- Une évaluation des « consultations sortants » existantes, et une diffusion au vu de l'évaluation.
- L'amélioration de la coopération des acteurs du parcours de soin en développant les stages d'immersion et les formations conjointes.
- La valorisation des carrières des professionnels de santé en milieu pénitentiaire, avec une augmentation du nombre de stage d'étudiants, un élargissement du « plan d'action pour l'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public ».
- L'amélioration du respect des droits des patients détenus en facilitant l'accès à l'interprétariat, en sensibilisant les professionnels au respect du secret médical, en élaborant un support sur les droits en santé et en diffusant largement les bonnes pratiques.

E. Synthèse

Cette revue de la littérature présente des limites avec un faible nombre d'étude française sur les troubles psychiatriques en détention, la dernière étude nationale publiée en 2006 (6). Nous avons inclus des études internationales pour une vision plus large du sujet, il est cependant nécessaire de garder à l'esprit les grandes différences de fonctionnement dans les systèmes judiciaires et pénitentiaires entre les pays. Nous pouvons prendre exemple sur les taux de suicide en détention (10), avec des écarts importants selon les pays, rendant ces chiffres peu comparables.

Les études sur les sortants de prison présentent pour la plupart une faible puissance avec un taux importants de perdus de vue, des biais d'information, par exemple dans le cadre d'étude avec auto-déclaration du diagnostic (21). Les programmes d'accompagnement autour de la sortie de prison sont difficilement comparables devant leur hétérogénéité (22). Cependant, il est retrouvé une convergence des études autour de la vulnérabilité et de la nécessité d'accompagnement.

En conclusion, nous avons pu montrer le besoin de soin psychique en détention avec des proportions importantes de personnes détenues souffrant de troubles contextuels ou antérieurs à l'incarcération. Cette population est en situation de grande vulnérabilité à la sortie de prison, nécessitant un accompagnement multidisciplinaire de qualité. Actuellement, il est parfois organisé par la Justice avec les soins pénalement ordonnés, les obligations de suivi social et judiciaire. Nous avons vu qu'il existe de nombreux obstacles à une prise en charge de qualité, avec notamment une coordination Santé-Justice parfois insuffisante.

Le soin aux personnes détenues est un enjeu de santé publique, avec une volonté de bannir la perte de chance en santé. De nombreux travaux officiels ont été publiés, ils nous montrent l'intérêt porté à ce sujet ; de nombreux projets sont en cours afin d'améliorer les soins, et le relai à la sortie de prison. Des études ultérieures seront nécessaires afin d'en évaluer leurs effets : sur l'adhésion aux soins, les facteurs d'insertion sociale (logement, travail, couverture sociale), le taux de mortalité, de récidive.

Notre étude

A. Problématique

Comme exposé dans la revue de littérature, la population carcérale présente une forte prévalence de trouble psychiatrique et addictologique, de l'ordre de 70 à 80%, toute sévérité confondue (6).

Les soins ont été organisés en détention pour répondre à ce besoin de santé au fil des années, avec l'ouverture de structures comme les SMPR, puis plus récemment les UHSA. L'accès au soin psychique reste disparate selon les lieux, cependant on note une franche amélioration de la prise en charge des maladies mentales en détention sur ces vingt dernières années (34).

La sortie de prison reste une période de grande vulnérabilité. C'est une période de transition avec passage du milieu carcéral très encadré au milieu libre où l'individu peut se trouver du jour au lendemain livré à lui-même. Il y a un risque d'isolement social et familial. Durant cette période de grand changement, le taux de mortalité toute cause a été trouvé bien supérieur à celui de la population générale (4), avec un taux de suicide similaire à celui en sortie d'hospitalisation en psychiatrie (20), et un taux de décès par overdose très augmenté (19). Cette période présente également un risque de morbidité avec risque de rupture de soin et de traitement (21).

Dans le monde, de nombreuses prises en charge médico-sociales existent pour étayer le patient dans cette transition (22). Leur objectif est d'apporter un soutien psychologique, une aide dans les démarches, des soins médicaux. Il reste encore à évaluer leur efficacité dans le pronostic médical, et social après la libération ; et déterminer quelle modalité de prise en charge présente une meilleure efficacité.

Les soins médicaux en prison et leur continuité à la sortie est une préoccupation de santé publique depuis de nombreuses années. Les dirigeants se saisissent de ces enjeux et réfléchissent à l'amélioration des dispositifs existants ou à la création de nouveaux. Comme exposé précédemment, une feuille de route gouvernementale 2019-2022 autour des personnes placées sous main de justice (40), réaffirme la priorité qui doit être donnée à

réduire les inégalités de santé et assurer la continuité de prise en charge à la sortie de détention.

Notre étude s'inscrit dans ce contexte autour de la continuité des soins lors de la sortie de prison. Notre objectif principal est la caractérisation du relai de soin réalisé par l'équipe de l'antenne du SMPR de Muret à la sortie de détention sur l'année 2019. Cette étude tend à mettre en évidence le projet de soin, la nature du relai de soin, les obstacles rencontrés à sa mise en place. Nous nous intéresserons également à des indicateurs sociaux comme les projets de travail, de logement, le département de sortie afin de rechercher une migration secondaire à la détention. Ces indicateurs permettent de juger la future intégration du patient dans la société.

Les retombées de cette étude pourraient être la mise en évidence de difficulté dans le relai de soin, la précarité sociale de ces patients au passé judiciaire lourd.

Cette étude pourrait amener une réflexion sur le devenir des patients suivis au centre de détention de Muret et sur la nécessité de renforcer les structures de soin existantes ou de créer de nouvelle structure de soin spécifique pour l'accompagnement des patients lors de la transition du monde carcéral au monde libre, en Haute-Garonne.

B. Matériel et méthodes

1. Type et objectif de l'étude

L'objectif principal de cette étude épidémiologique, descriptive, rétrospective, est de caractériser le relai de soin à la sortie de détention : le lieu de prise en charge prévu, le type de relai, et le type de prise en charge à l'extérieur, les obstacles à sa mise en place.

Les objectifs secondaires de l'étude sont la description du projet de réinsertion sociale et des mesures judiciaires à la sortie, des caractéristiques de la population et d'étudier les obstacles au relai de soin.

Notre étude s'intègre dans la recherche interne de l'établissement du CH de Marchant. Les patients ont été informés de la possibilité d'utilisation des données médicales à travers un document d'information affiché dans les locaux de l'antenne du SMPR. Ils peuvent s'opposer s'ils ne le souhaitent pas. Chaque patient bénéficie d'une anonymisation de ces données grâce à un numéro qui lui a été attribué aléatoirement.

2. Lieu de l'étude

Cette étude a été réalisée dans le centre de détention de Muret au sein de son antenne du SMPR.

a) Le centre de détention de Muret

Il a été mis en service en 1966 en tant que maison centrale (43), il est devenu en 1975 : centre de détention, dans les suites de l'application du décret du 23 mai 1975 (44).

Le centre de détention est rattaché à la direction interrégionale des services pénitentiaires de Toulouse, il est du ressort du Tribunal de Grande Instance et de la Cour d'Appel de Toulouse.

Il a une capacité opérationnelle de 623 places. Il accueille uniquement des hommes condamnés. Au 1^{er} janvier 2013, au moment de la visite du CGLPL (45), il y avait 598 personnes détenues : 95 (16%) étaient condamnés à une peine inférieure ou égale à dix ans de prison ferme. 503 (84%) étaient en exécution d'une peine criminelle avec 40 (7%)

condamnées à la réclusion criminelle à perpétuité, 93 (16%) à une peine de vingt à trente ans, et 363 (61%) une peine de dix à vingt ans.

Au moment du contrôle, 40% rentraient dans la catégorie des auteurs de violences sexuelles, 40% étaient condamnés pour des faits de meurtres ou assassinats, et 20% pour atteinte aux biens ou aux personnes, ou pour des faits d'infraction à la législation des stupéfiants. Il a été conclu à une grande hétérogénéité dans la population carcérale autour des faits commis, de la durée des peines et des âges.

Dans les conclusions du rapport, il est avancé que le régime de détention sur Muret est basé sur l'autonomie des personnes détenues avec une grande liberté de mouvement, une grande offre d'emploi, de formation, d'activité culturelle ; et une absence de sectorisation selon le profil pénal comme dans d'autres centres de détention.

b) *Structures de soin du centre de détention de Muret*

Pour la prise en charge somatique, l'unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) est implantée sur le CD de Muret. Elle dépend du Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse. Elle permet le suivi généraliste, et dentaire des personnes détenues. Des médecins spécialistes viennent également ponctuellement consulter.

Lors de la préparation à la sortie de détention, le patient est reçu à l'UCSA, un lien est fait avec le médecin traitant à l'extérieur, un rappel est fait des traitements habituels et des examens programmés. Les traitements sont délivrés pour un mois.

Pour la prise en charge psychiatrique, l'antenne du SMPR est implantée sur le CD de Muret. Elle dépend du centre hospitalier Gérard Marchant à Toulouse. Elle est insérée dans le pôle de psychiatrie et conduites addictives en milieu pénitentiaire. C'est une antenne du SMPR de la maison d'arrêt de Seysses.

L'équipe est constituée de deux ETP et demie psychiatre, un ETP de cadre de soin, cinq ETP d'infirmier, trois ETP de psychologue, 0.9 ETP de psychomotricien, un demie ETP d'assistant social et un ETP de secrétaire médicale.

Chaque arrivant est reçu par un infirmier pour réaliser un entretien d'accueil («dépistage») afin d'évaluer la nécessité de soin, et de faire connaître au patient l'offre de soin disponible sur l'antenne du SMPR.

Plusieurs actions de prévention et d'éducation à la santé ont été organisés par ces deux services : l'action « après soixante ans, comment préserver son capital santé ? », une action sur le diabète de type 2, une sur les traitements psychotropes, une sur l'addictologie et les troubles du sommeil.

3. Population de l'étude

Les sujets inclus dans cette étude sont des hommes majeurs, patients sortant du centre de détention de Muret sur l'année 2019 et suivis sur l'antenne du SMPR. Le suivi est considéré comme actuel si la dernière consultation avec un professionnel de l'antenne date de moins de trois mois avant la date de sortie.

Les individus sortants du centre de détention en aménagement de peine ont également été inclus dans l'étude.

Les deux critères de non inclusion de l'étude ont été :

- un suivi arrêté défini par un dernier contact avec le service plus de trois mois avant la sortie de prison
- une sortie du CD de Muret ne correspondant pas à une sortie de prison, dans le cadre d'un transfert vers un autre établissement pénitentiaire

4. Recueil de données

Les données étudiées ont été déterminées lors d'un groupe de travail mensuel avec l'ensemble de l'équipe soignante de l'antenne du SMPR de Muret. Les données ont été recueillies à partir du dossier médical des patients : informatisé via le logiciel utilisé sur le CH de Marchant « cortexte », et via le dossier médical papier stocké dans les locaux de l'antenne du SMPR de

Muret avec notamment le questionnaire d'évaluation réalisé par les infirmiers à l'arrivée sur le CD nommé « dépistage ».

5. Données étudiées

a) Données sociodémographiques

Sur la période précédant la détention, les données sociodémographiques suivantes ont été recueillies :

- L'année de naissance
- Le département d'habitation
- La profession
- l'antécédent de placement dans l'enfance.

Sur la période de la détention, les données suivantes ont été recueillies :

- la présence d'une mesure de protection
- la perception de l'allocation adulte handicapée

Sur la période postérieure à la détention, les données suivantes ont été recueillies :

- le type de logement à la sortie
- l'âge à la sortie
- l'existence d'un projet de travail, de formation, de bénévolat
- le département de sortie

Ces données ont été choisies afin de caractériser la population des patients suivis à Muret. Nous avons tenté de choisir des indicateurs sociaux donnant des indices sur le niveau socio-économique (profession), le degré d'autonomie (mesure de protection, AAH), le degré d'isolement (type de logement à la sortie), le projet d'insertion dans la société à la sortie (logement, travail, formation) et les changements de trajectoire secondaires à la détention (changement de département).

b) Données cliniques

Sur la période précédant la détention, les données cliniques suivantes ont été recueillies :

- Un antécédent de suivi et d'hospitalisation en psychiatrie
- Un antécédent de tentative de suicide
- Un traitement psychotrope en cours
- Une prise en charge antérieure en ITEP ou IME
- La présence dans le dossier médical d'un dossier, d'un courrier relatant d'autre prise en charge psychiatrique en détention avant l'arrivée à Muret

Sur la période de la détention, les données suivantes ont été recueillies :

- Le codage diagnostique
- Le nombre d'hospitalisation en psychiatrie pendant la détention et leur lieu
- Le type de suivi sur l'antenne du SMPR durant les 3 derniers mois avant la sortie: psychiatrique, psychologique, infirmier, social, en psychomotricité, la participation à des ateliers thérapeutiques
- La rencontre avec un CSAPA
- L'existence de permissions accompagnées par des soignants

Sur la période postérieure à la détention, les données suivantes ont été recueillies :

- Le type de lien réalisé avec les structures de soin extérieures, le médecin coordonnateur
- Le projet de soin à la sortie
- La réalisation d'une ordonnance, la prescription d'un traitement freinateur de la libido
- L'existence d'un obstacle au relai
- L'accompagnement soignant à la sortie

Les données cliniques permettent de mettre en évidence le parcours et les besoins de soin des patients. Elles permettront de juger de la continuité des soins à la sortie de détention. Les données cliniques postérieures à la détention, répondent directement à l'objectif principal.

c) Données judiciaires

Sur la période précédant la détention, les données judiciaires suivantes ont été recueillies :

- La présence d'antécédent judiciaire, d'incarcération antérieure

Sur la période de la détention, les données suivantes ont été recueillies :

- Le motif d'incarcération
- La durée de la peine, de l'incarcération totale et de l'incarcération sur le centre de détention de Muret

Sur la période postérieure à la détention, les données suivantes ont été recueillies :

- L'existence d'une levée d'écrou ou d'un aménagement de peine
- L'existence d'une suspension de peine, d'une évasion
- La présence d'une mesure de suivi socio-judiciaire, de soin pénalement ordonné et leur durée
- L'existence d'une interdiction de territoire français ou de séjour sur une zone

Les données judiciaires s'intègrent dans l'histoire de vie des patients, d'où leur intérêt majeur afin de caractériser la population de l'étude. Certaines données concernent le temps passé en prison. D'autres peuvent mettre en évidence des facteurs susceptibles de fragiliser le relai de soin comme les sorties non programmées (aménagement de peine, différentiel entre le temps d'incarcération et le temps de peine). Il est intéressant de regarder également l'existence de décision judiciaire d'interdiction de séjour ou de territoire ; obligeant le patient à s'éloigner pouvant être un obstacle au relai. Certaines décisions judiciaires interviennent directement dans les soins comme les mesures de soin pénalement ordonnés, importantes à mettre en évidence dans cette étude.

6. Analyse statistique

L'ensemble des données a été collecté dans un tableur Excel. Nous avons utilisé les statistiques descriptives afin d'analyser les données recueillies : les données quantitatives sont

exprimées sous forme de moyenne et d'écart-type dans le cadre d'une répartition Gaussienne et avec la médiane et les quartiles dans le cadre d'une répartition non Gaussienne, les données qualitatives sous forme de pourcentages.

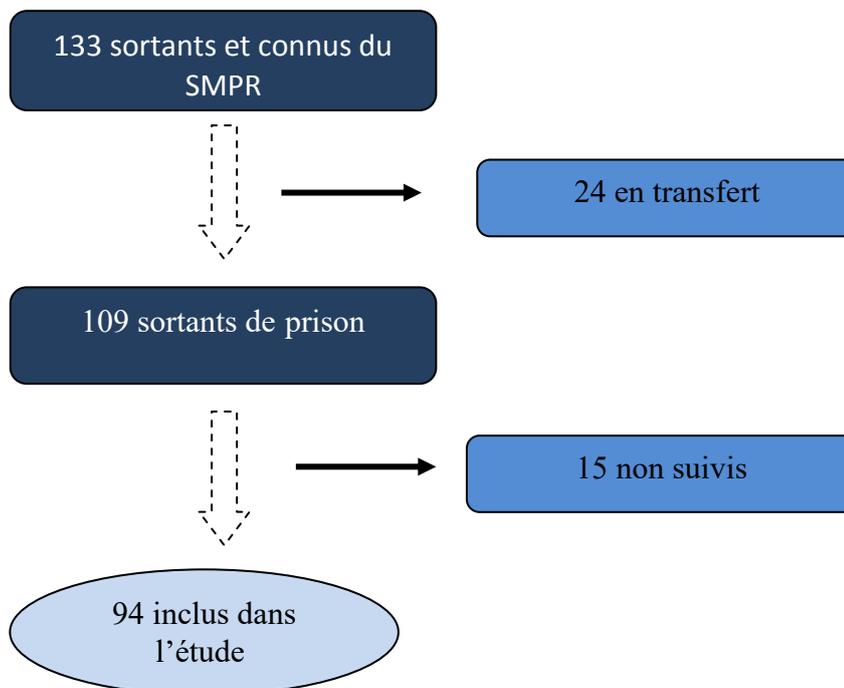
Les données manquantes ont été comptabilisées. Lorsqu'elles sont supérieures à 10%, nous le signalons.

C. Résultats

1. Population incluse

Il a été retrouvé 133 personnes sortantes du centre de détention de Muret en 2019 et connues sur l'antenne du SMPR. 24 de ces personnes ont été transférées vers un autre établissement pénitentiaire. Elles n'ont donc pas été incluses dans l'étude. Sur les 109 personnes restantes, 15 ne remplissaient pas les critères d'un suivi sur l'antenne du SMPR, leur dernière consultation datant de plus de trois mois. Elles n'ont pas été incluses. La *figure 1* illustre l'inclusion des patients avec un diagramme de flux

Figure 1 : Diagramme de flux

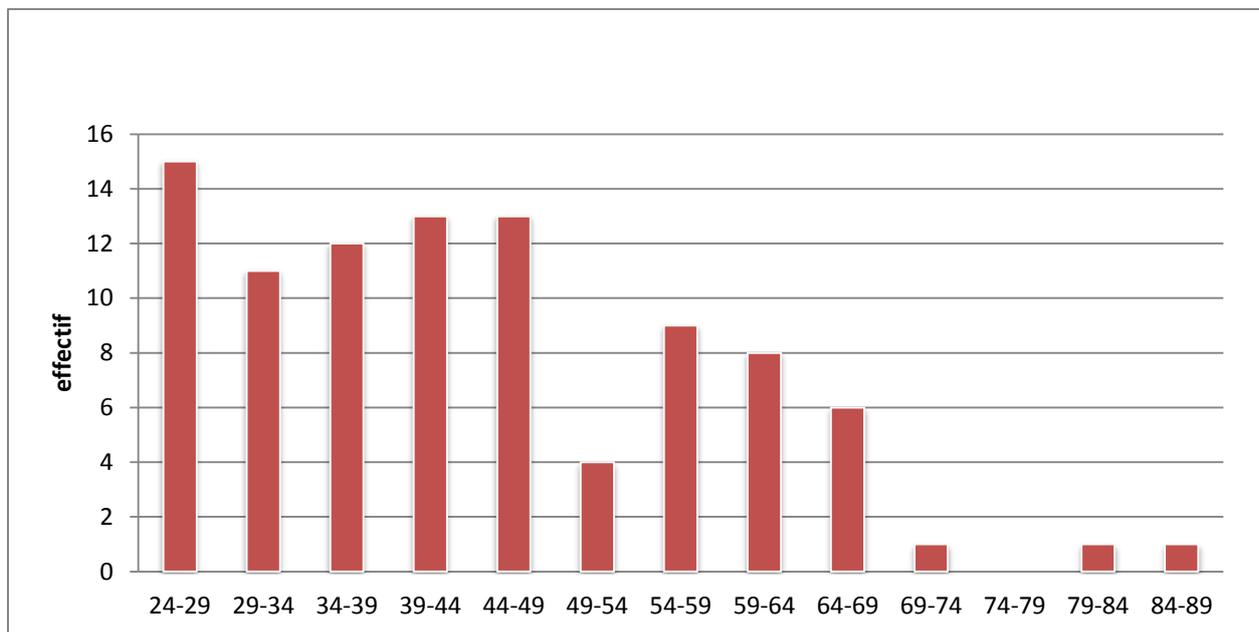


2. Caractéristiques de la population

a) Données sociales

L'échantillon est composé de 94 personnes, des hommes majeurs. La moyenne d'âge à la sortie est de 45 ans, avec un écart-type à 14 ans. Les âges sont représentés sur la *figure 2*.

Figure 2 : Age à la sortie



La *figure 3* présente les résultats autour de données sociales : la déclaration par le patient d'un antécédent de placement, d'une mesure de protection en cours et la perception de l'AAH. 20% (n=19) des patients déclaraient un antécédent de placement en foyer ou en famille d'accueil durant l'enfance ou l'adolescence. 2% (n=2) avaient une mesure de protection en cours : curatelle, tutelle. 9% (n=8) percevaient l'allocation adulte handicapée dans le cadre d'une pathologie psychiatrique ou somatique.

Figure 3 : Données sociales en %

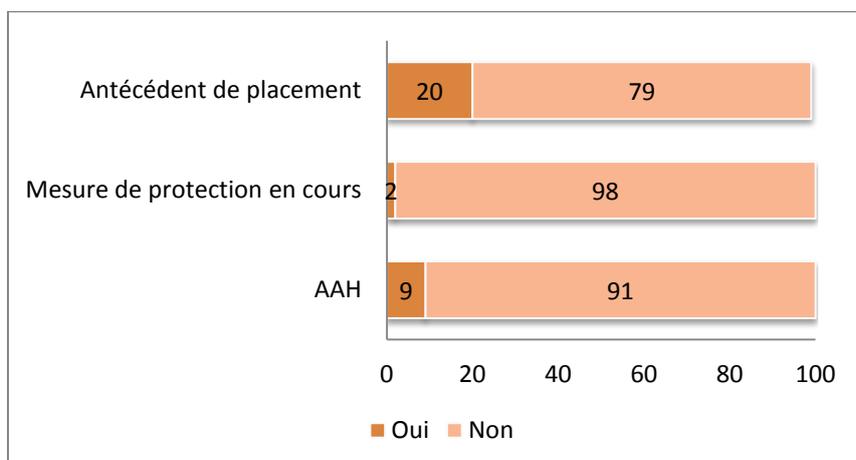
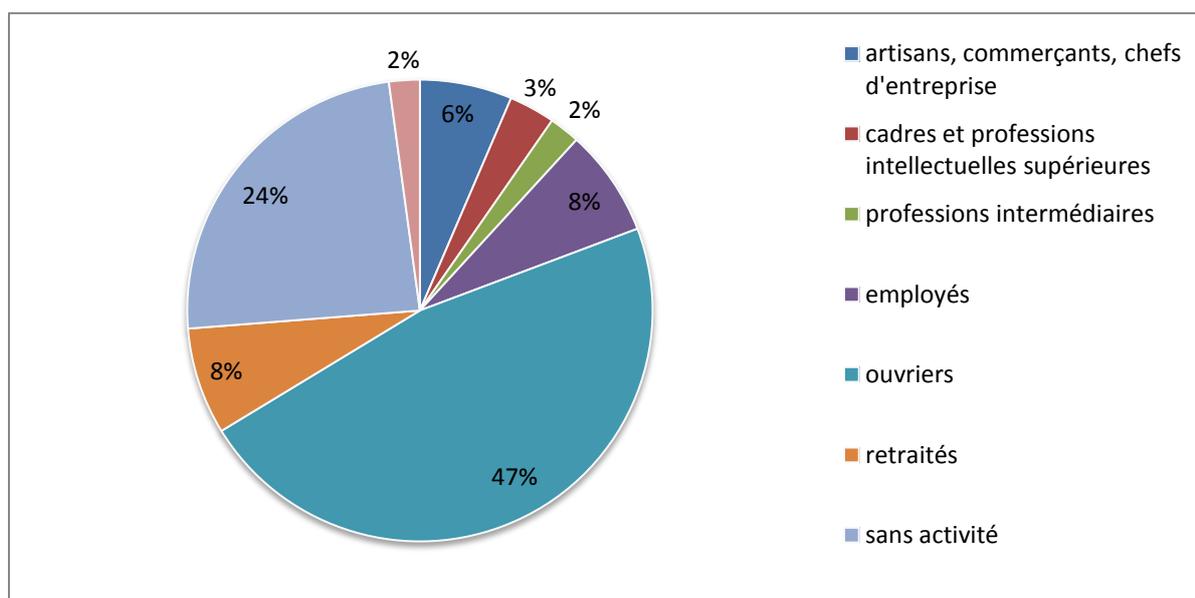


Figure 4 : Catégorie socio-professionnelle (PCS-2003) en %



Dans la population de l'étude, comme présenté dans la *figure 4*, il est retrouvé 71% des personnes dans les catégories socio-professionnelles « ouvriers » et « sans activité », avec 47% (n=44) dans la catégorie « ouvrier » et 24% (n=23) dans la catégorie « sans activité ».

b) Données cliniques

Tableau 2 : Données psychiatriques

Présence d'antécédent de	n	%
Suivi pendant l'enfance	11	12
Suivi en milieu libre	26	28
Suivi en détention	90	96
Hospitalisation durant l'enfance	6	6
Hospitalisation à l'âge adulte	30	32
ITEP ou IME	3	3
Tentative de suicide	30	32
Traitement psychotrope en cours à l'arrivée	42	45

Le *tableau 2* présente les antécédents psychiatriques de la population incluse. Les patients sont une minorité à présenter des antécédents psychiatriques pendant l'enfance : 12% (n=11) ont déclaré un suivi par un pédopsychiatre ou un psychologue, 6% (n=6) une hospitalisation. 3% (n=3) déclaraient un antécédent de prise en charge en ITEP ou IME.

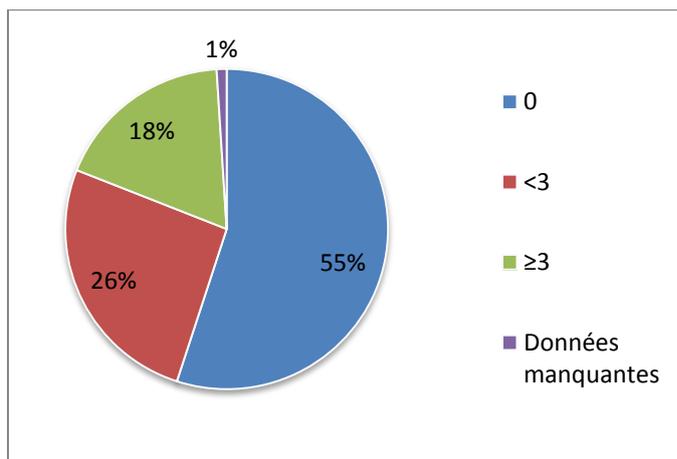
A l'âge adulte, 28% (n=26) ont déclaré un suivi en milieu libre et 32% (n=30) un antécédent d'hospitalisation en milieu libre ou carcéral soit quasiment une personne sur trois.

La quasi-totalité des patients étaient pris en charge par un psychologue ou un psychiatre dans le ou les établissements pénitentiaires fréquentés avant leur arrivée à Muret : 96% (n=90). Un lien avec l'équipe psychiatrique précédente a été constaté pour 62% (n=58) des patients avec présence d'un courrier ou de l'ordonnance dans le dossier médical de Muret.

32% (n=30) des patients avaient avant leur arrivée sur Muret un antécédent de tentative de suicide, quasiment une personne sur trois.

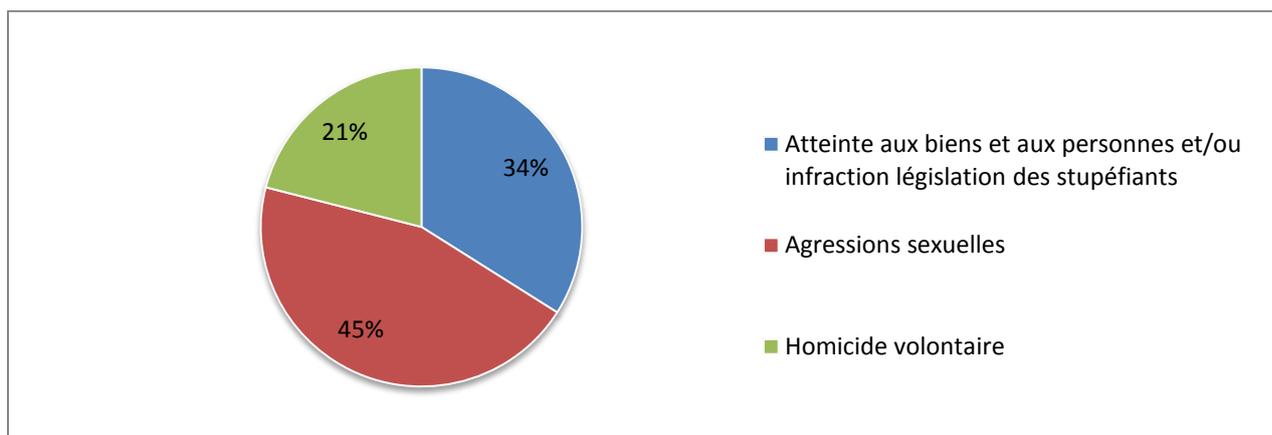
c) Données pénales

Figure 5 : Nombre d'incarcérations antérieures en %



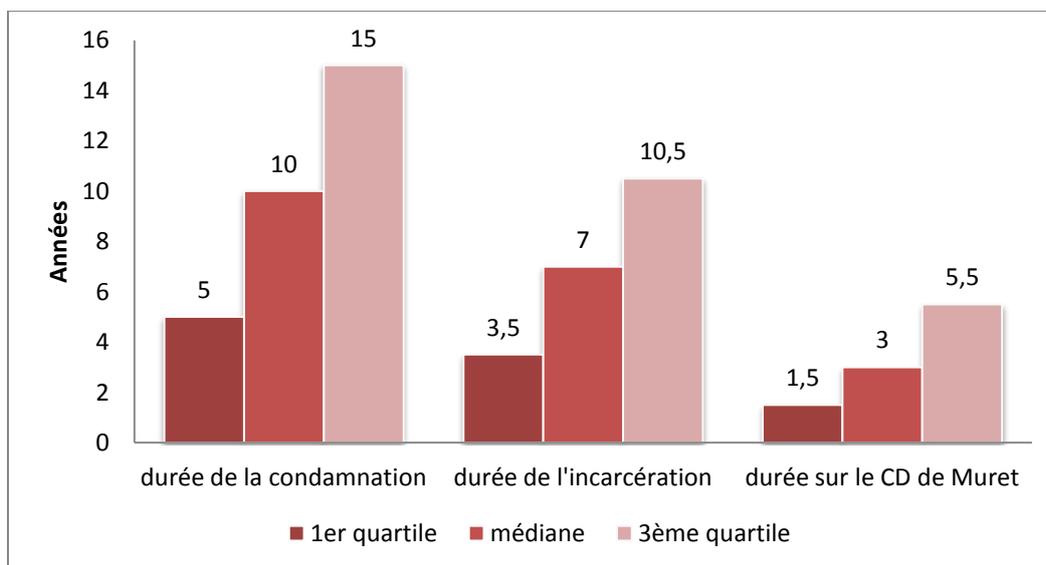
La *figure 5* présente les antécédents d'incarcération déclarés : 26% (n=24) des patients évoquent des antécédents de une à deux incarcérations, et 18% (n=17) des antécédents d'au moins trois incarcérations. 55 % (n=52) parlent d'une première incarcération.

Figure 6 : Motif d'incarcération en %



La *figure 6* expose le motif d'incarcération déclaré des patients inclus, en cas de motif multiples, nous avons priorisé les faits d'homicide volontaire et d'agression sexuelle, et nous avons regroupé les délits d'atteintes aux biens, d'atteintes aux personnes et d'infractions liés à la législation des stupéfiants. 45% (n=42) ont déclaré une condamnation dans le cadre d'agression sexuelle, 34% (n=32) pour atteinte aux biens et aux personnes et/ou infraction liée aux stupéfiants, 21% (n=20) pour homicide volontaire.

Figure 7 : Durée de la détention



Comme exposé dans la *figure 7*, la durée médiane de la condamnation était de dix ans avec un premier quartile à cinq ans et un troisième quartile à quinze ans. Finalement, la durée médiane d'incarcération a été de sept ans avec un premier quartile à trois ans et six mois et un troisième quartile à dix ans et six mois. La durée médiane passée sur le centre de détention de

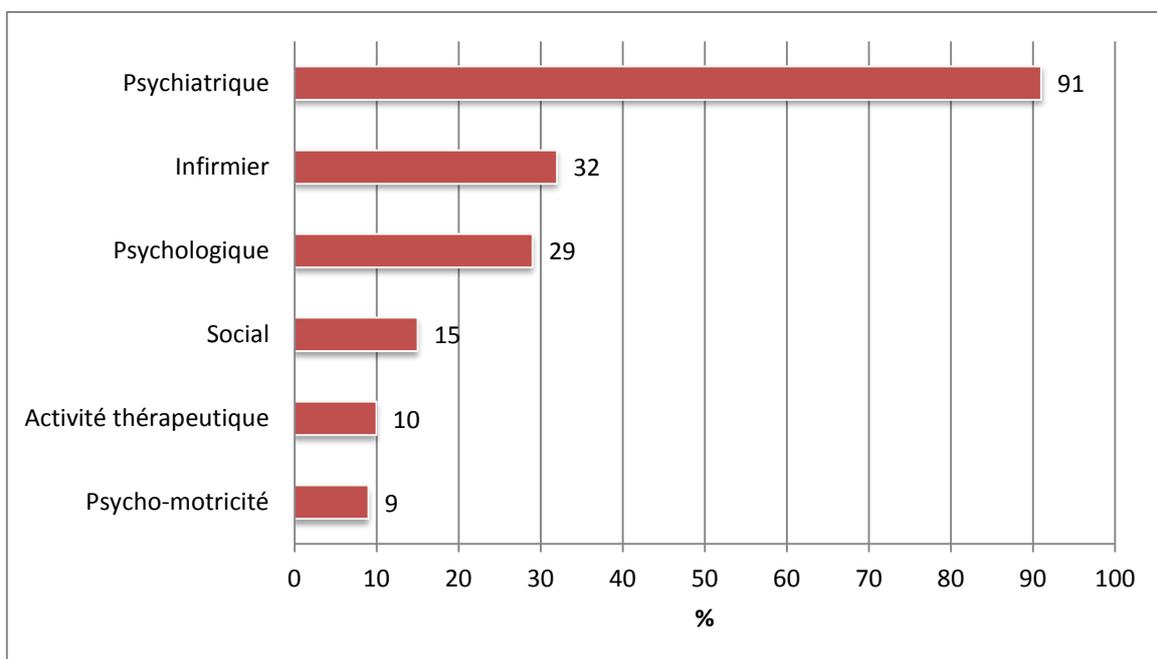
Muret a été de trois ans avec un premier quartile de un an et six mois, et un troisième quartile de cinq ans et six mois.

Nous avons exclu du comptage un patient condamné à la réclusion criminelle à la perpétuité.

3. Prise en charge sur l'antenne du SMPR

a) Type de prise en charge

Figure 8 : Type de suivi en %

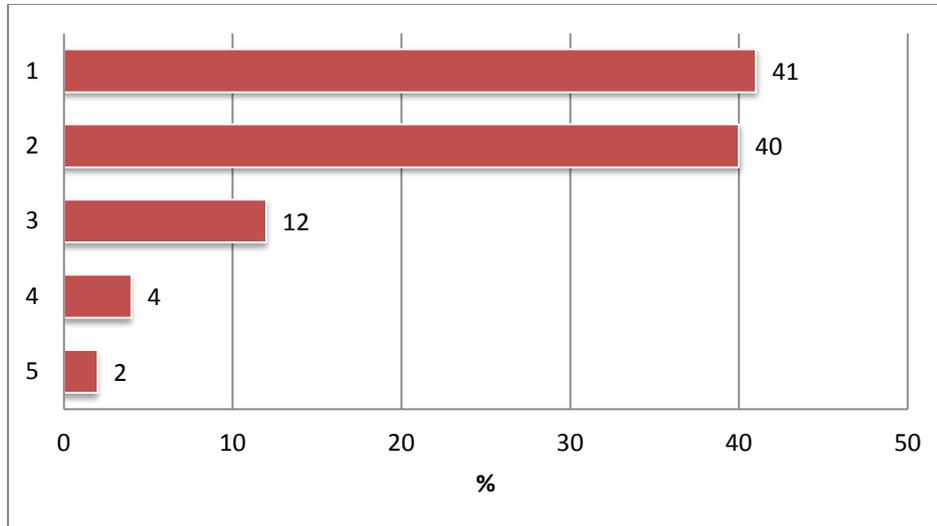


Sur l'antenne du SMPR, comme présenté sur la *figure 8*, les patients étaient pris en charge dans 91% (n=86) des cas par un psychiatre, dans 32% (n=30) des cas par un infirmier, dans 29% (n=27) des cas par un psychologue, dans 15% (n=14) des cas par une assistante sociale, dans 9% (n=8) des cas par un psycho-motricien et dans 10% (n=9) des cas, ils bénéficiaient d'activité thérapeutique de groupe.

Au moins huit patients (9%) ont rencontré un intervenant de CSAPA durant leur détention. Il est possible qu'il y en ait plus en réalité mais cette donnée était peu renseignée dans le dossier médical.

Des permissions accompagnées ont pu être réalisées par des soignants en vue de la préparation à la sortie, cela a été tracé dans le dossier pour trois patients (3%).

Figure 9 : Nombre de suivi sur l'antenne du SMPR en %



La *figure 9* présente le nombre de patient suivi par un, deux, trois, quatre ou cinq professionnels sur l'antenne du SMPR : cela inclut psychiatre, psychologue, infirmier, psycho-motricien, assistant social et soignant rencontré à l'occasion des ateliers thérapeutiques. 59% (n=55) des patients bénéficiaient d'un suivi multiple par au moins deux professionnels. 41% (n=39) ne rencontraient qu'un professionnel sur l'antenne du SMPR.

Les *figures 10, 11, 12* reviennent sur l'hospitalisation en psychiatrie des personnes détenues suivies sur l'antenne du SMPR : 11% des patients (n=10) ont été hospitalisés en psychiatrie durant leur incarcération sur le CD de Muret. Le nombre médian d'hospitalisation est de 1.5, avec un premier quartile d'une hospitalisation, et un troisième quartile à 2.75 hospitalisations. Dans 80% des cas, l'hospitalisation a eu lieu sur l'UHSA à Toulouse, dans 20% des cas, il s'agissait d'une hospitalisation de jour sur le SMPR de Seysses.

Figure 10 : % de patients hospitalisés en psychiatrie

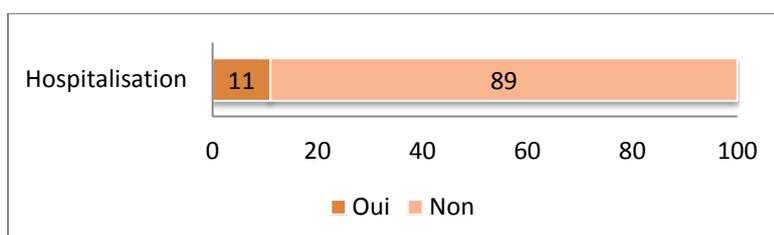


Figure 11 : Nombre d'hospitalisation en psychiatrie

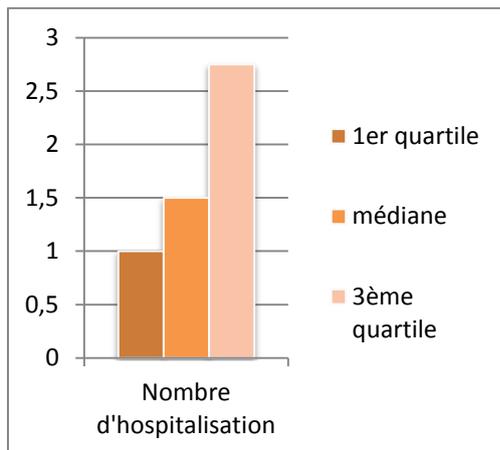
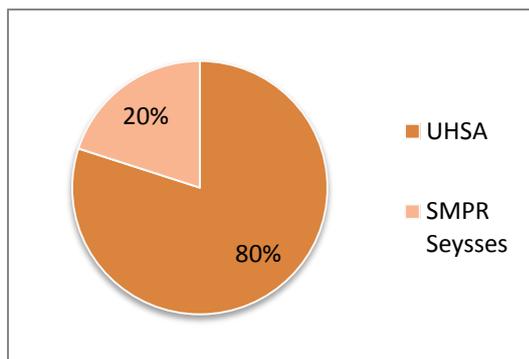


Figure 12 : Lieu d'hospitalisation

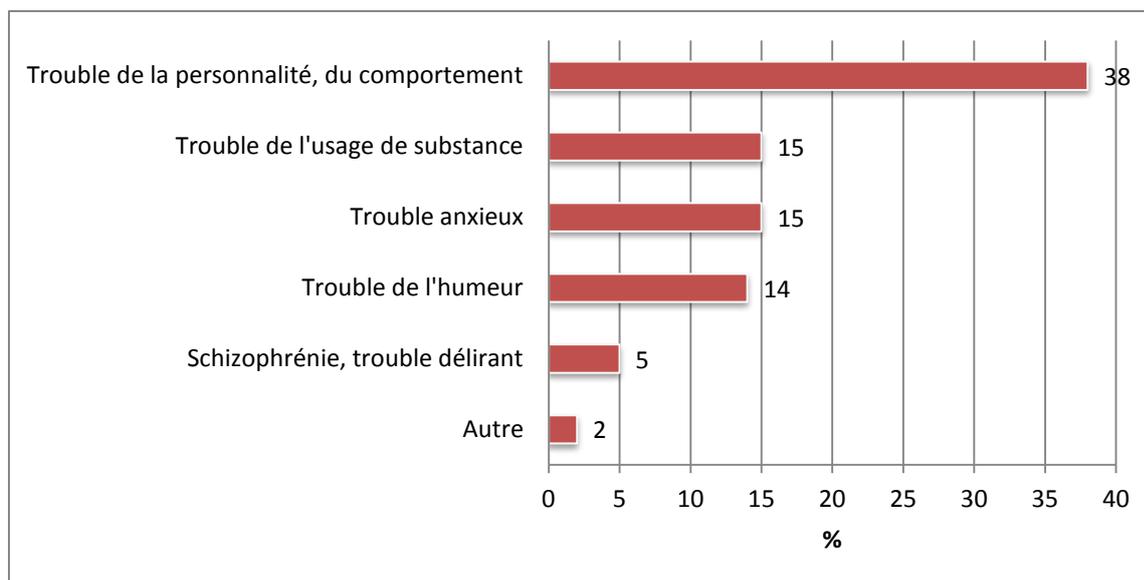


b) Diagnostic

Un ou plusieurs diagnostics a été établi par le psychiatre référent à l'aide de la CIM 10. Pour 10% des patients, aucun diagnostic n'a été renseigné dans le dossier médical.

Nous présentons les diagnostics sous deux modalités. La *figure 13* présente le diagnostic principal pour chaque patient. Pour établir le diagnostic principal, nous avons hiérarchisé les diagnostics : les troubles délirants et les troubles de l'humeur en premier, les troubles anxieux en second à l'exception du trouble de l'adaptation, les troubles de la personnalité en troisième à l'exception de la pédophilie, les troubles de l'usage de substance en quatrième, le retard mental en cinquième et les diagnostics autres tels que les syndromes comportementaux (ex : insomnie) en sixième.

Figure 13 : Diagnostic principal en %



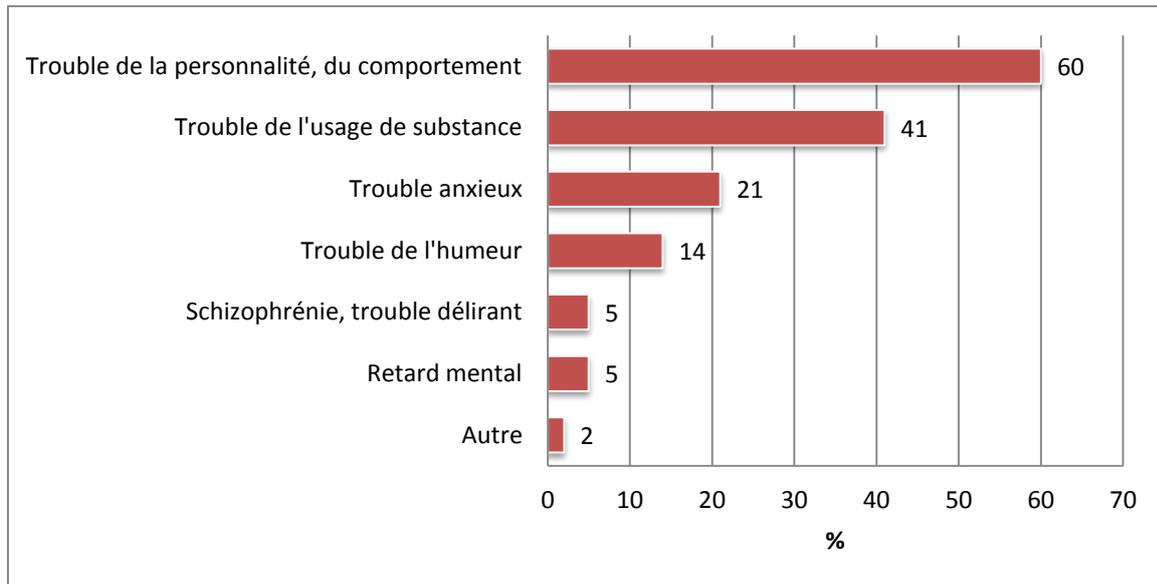
En diagnostic principal, 38% (n=36) des patients sont suivis au SMPR dans le cadre d'un trouble de la personnalité et du comportement, 15% (n=14) pour un trouble de l'usage de substance, 15% (n=14) dans le cadre d'un trouble anxieux, 14% (n=13) pour un trouble de l'humeur, 5% (n=5) pour un trouble délirant et 2% (n=2) de diagnostic autre tel qu'une insomnie.

La *figure 14* présente les diagnostics codés avec possibilité qu'un patient ait plusieurs diagnostics. Si le patient présentait plusieurs troubles de la même catégorie, par exemple deux addictions différentes, il n'a été comptabilisé qu'une seule fois dans la catégorie « trouble lié à l'utilisation de substance ».

Les diagnostics les plus retrouvés étaient les troubles de la personnalité dans 60% des cas (n=56) et les troubles liés à l'utilisation de substance psycho-active dans 41% des cas (n=39).

54% des patients (n=51) présentaient plusieurs diagnostics.

Figure 14 : Diagnostic unique ou multiple en %



4. L'organisation de la sortie de prison

a) Projet de vie

Les figures 15 et 16 retracent le parcours géographique des patients et leur changement de lieu d'habitation éventuel après la période d'incarcération.

Figure 15 : Trajectoire post-carcérale des patients provenant de Haute-Garonne

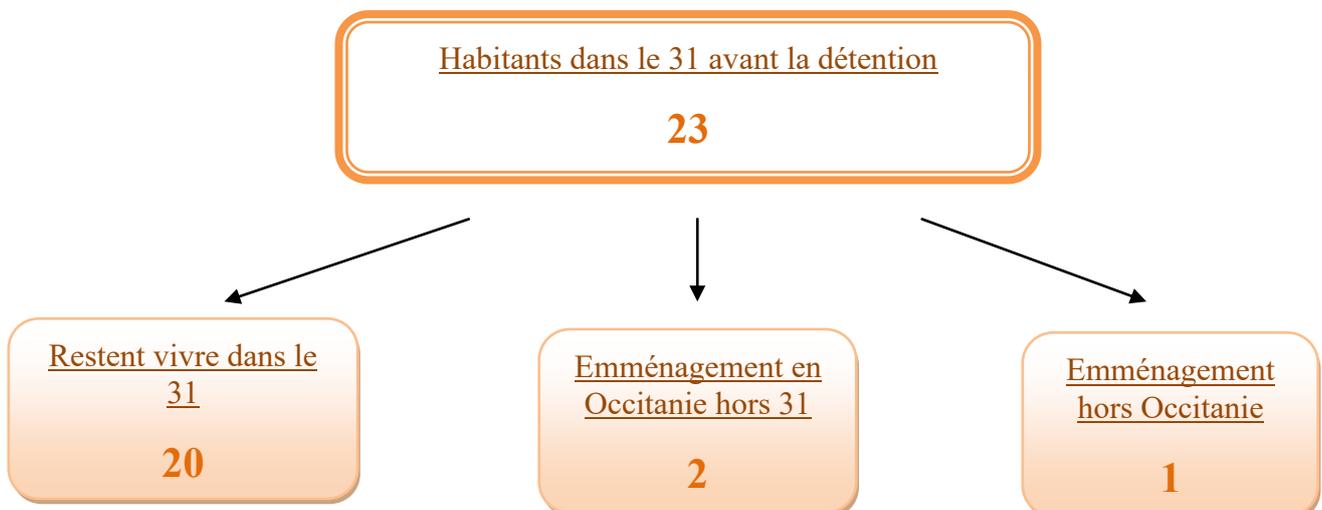
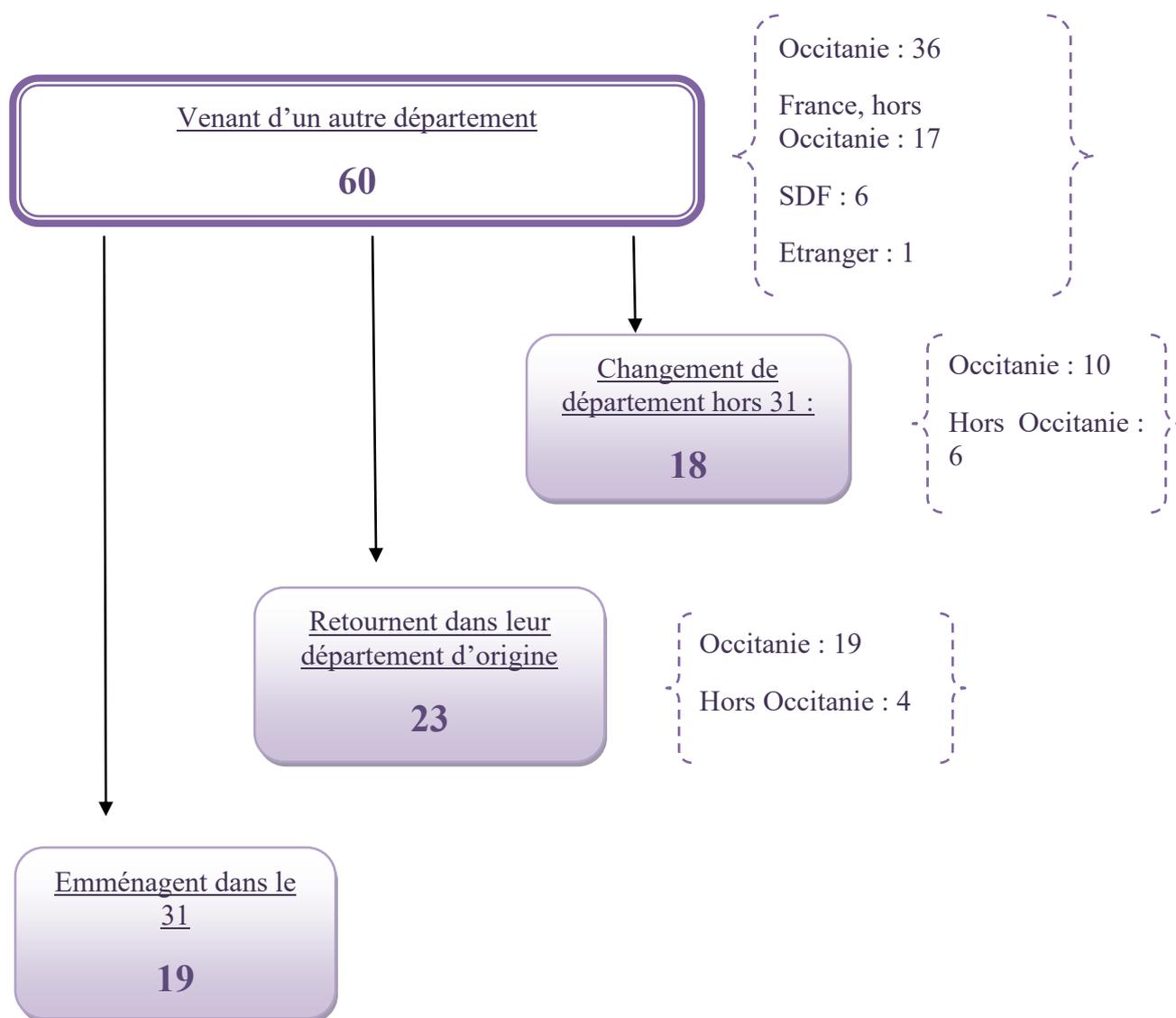
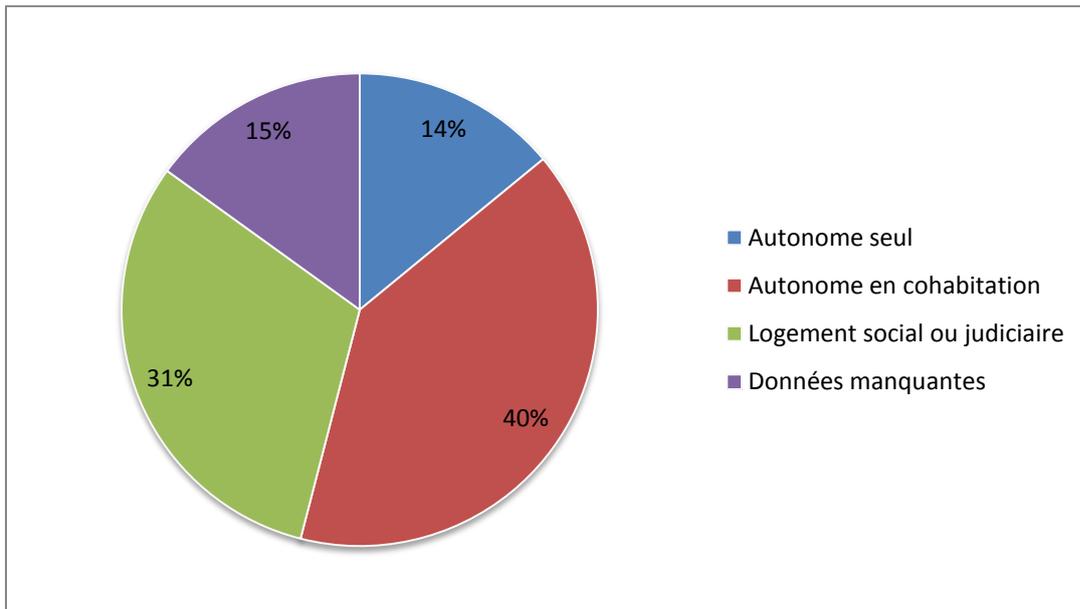


Figure 16 : Trajectoire post-carcérale des patients ne provenant pas de Haute-Garonne



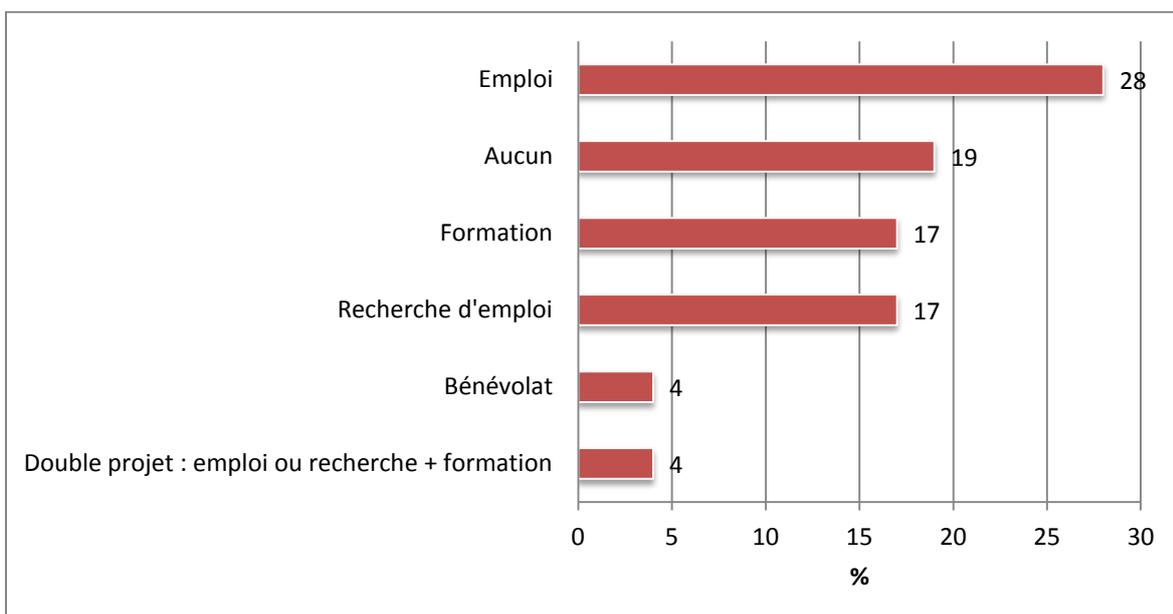
46% (n=43) des patients à leur sortie avaient pour projet de retourner vivre dans le département d'avant la détention : vingt patients restaient vivre en Haute-Garonne, vingt-trois dans un autre département (dix-neuf en Occitanie, quatre dans une autre région). 20% (n=19) souhaitaient changer de département et s'installer en Haute-Garonne. 22% (n=21) souhaitaient changer de département hors Haute-Garonne, trois patients qui provenaient de Haute-Garonne et 18 qui provenaient d'un autre département. Cette donnée n'était pas renseignée dans le dossier médical pour onze patients (12%).

Figure 17 : Type de logement à la sortie en %



La *figure 17* expose la répartition des types de logement à la sortie du centre de détention : autonome en cohabitation, autonome seul ou logement social ou judiciaire. Pour 40% des cas (n=38), le patient se projetait sur un logement autonome en cohabitation. Le logement était social ou judiciaire dans 31% des cas (n=29) : un foyer, un quartier de semi-liberté. 14% des patients (n=13) avaient prévu d’habiter dans un logement autonome seul. Pour 15% des patients (n=14), le logement n’était pas renseigné dans le dossier médical. Aucun patient pour lequel la donnée était renseignée, ne se projetait sans logement à la sortie de prison.

Figure 18: Projet à la sortie en %



La *figure 18* présente les projets à la sortie. Dans 70% des cas (n=66), la personne sortante avait un projet d'emploi, de recherche d'emploi ou de formation.

19% (n=18) des personnes n'avaient aucun projet à la sortie de détention. Sur ces dix-huit personnes, il a été retrouvé sept retraités, sept bénéficiaires de l'AAH ou pension d'invalidité dont quatre avec un projet d'hospitalisation à la sortie, une personne expulsée dans son pays d'origine, une personne retenue dans un centre de rétention administrative en vue d'une expulsion, deux personnes de plus de soixante ans non officiellement retraitées.

Le projet n'était pas connu dans 11% des cas (n=10).

b) Projet de soin

Le *tableau 3* et la *figure 19* présentent l'organisation du soin et les types de prise en charge à la sortie avec possibilité d'un projet de soin multiple : par exemple au CMP et au CSAPA, avec un psychologue et un psychiatre libéral.

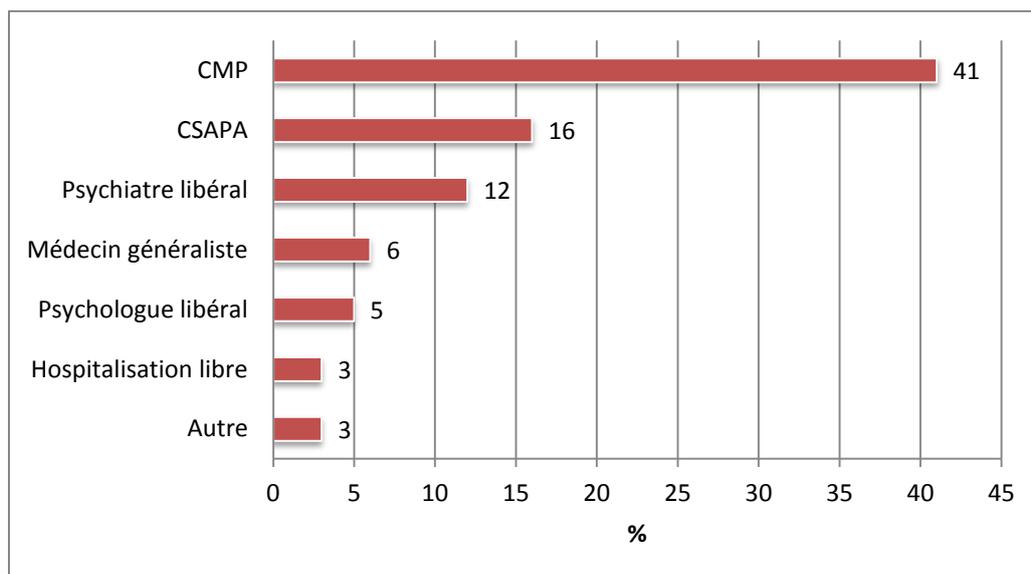
Tableau 3 : Organisation du soin à la sortie

	n	%
Projet de soin à la sortie	75	80
Ordonnance à la sortie	31	33
Prescription d'un traitement hormonal freinateur de libido	0	0
Accompagnement à la sortie	4	4

80% des patients (n=75) sont sortis de prison avec un projet de soin. Une ordonnance a été réalisée à la sortie dans 33% des cas (n=31). 77% (n=47) des soixante et une personnes qui n'ont pas eu de prescription médicamenteuse à la sortie, ne prenaient pas de traitement psychotrope sur le CD de Muret. Il n'y a pas eu de prescription de traitement hormonal freinateur de la libido.

Quatre personnes ont bénéficié d'un accompagnement par un soignant du SMPR à la sortie : trois personnes ont été accompagnées dans un service hospitalier, une personne a été accompagnée à la gare.

Figure 19 : Type de prise en charge à la sortie en %



41% (n=39) des patients ont été orienté sur le CMP à la sortie de prison, 16% (n=15) sur un suivi en CSAPA, 12% (n=11) vers un psychiatre libéral, 6% (n=6) vers le médecin généraliste, 5% (n=5) vers un psychologue libéral, 3% (n=3) des patients ont été hospitalisés en psychiatrie ou en addictologie. Il n'y a pas eu d'hospitalisation sous contrainte. Un des patients dont le projet a été un suivi en CMP a été initialement suivi par un psychiatre de l'antenne du SMPR.

Trois patients avaient un projet de soin « autre » : un patient allait bénéficier d'un suivi psychiatrique au centre de rétention administratif, un autre d'un suivi psychologique dans un CRIAVS et un dernier allait être suivi par une équipe mobile de psychiatrie.

17 % des patients (n=16) n'avaient aucune prise en charge programmée à la sortie de prison.

Pour les soixante-quinze patients avec un projet de soin à la sortie, le lien avec la structure de soin d'aval a été réalisé de multiples façons :

- Un appel téléphonique pour 52% des patients (n=39)
- Une prise de rendez-vous pour 48% des patients (n=36)
- Un courrier de liaison pour 40% des patients (n=30)
- Un mail pour 4% des patients (n=3)

Un lien a été réalisé avec le médecin coordonnateur dans 3% des cas (n=1), pour les 30 personnes sortantes avec une injonction de soin.

Pour 25% des soixante-quinze patients avec un projet de soin (n=19), aucun lien n'a été réalisé avec la structure de soin d'aval, les coordonnées de la structure de soin ou du médecin ont la plupart du temps été communiquées au patient.

Dans le cas d'une absence de lien, dans 60% (n=11) la raison n'a pas été trouvée dans le dossier médical. Dans 40% des cas (n=8), le patient souhaitait faire les démarches de prise de rendez-vous seul, ou refusait qu'un lien soit fait par le SMPR ou choisissait lui-même le professionnel.

c) Obstacles au relai de soin

Pour plus d'un tiers des patients (n=32), un obstacle au relai de soin a été trouvé. Dans le *tableau 4*, nous avons classé les obstacles en plusieurs catégories. Nous avons, par la suite répertoriés leurs conséquences dans le *tableau 5*.

Tableau 4 : Types d'obstacle (N=32)

	n	%
Refus du patient	12	38
Suivi irrégulier (multiples rendez-vous manqués)	6	19
Multiples	3	9
Soignants non informés des modalités de sortie	2	6
Refus du CMP de suivre un nouveau patient	2	6
Projet d'expulsion dans pays d'origine	2	6
Obstacle administratif	1	3
Pas de connaissance du médecin (choisi par le patient)	1	3
Délai long au CMP avant premier rendez-vous	1	3
Incertitude du patient sur son lieu d'habitation	1	3
Cause de l'obstacle inconnue	1	3

L'obstacle le plus fréquent concernait le refus du patient d'un suivi à l'extérieur, cela concernait douze patients soit 38% des patients avec obstacle.

Pour six patients (19%), l'organisation du relai de soin a été complexifiée par un suivi irrégulier sur l'antenne du SMPR.

Pour trois patients (9%), les obstacles étaient multiples.

- Un des patients avait un suivi irrégulier sur le SMPR, il avait également refusé un suivi en addictologie indiqué par le psychiatre et une éventuelle mesure de soin pénalement ordonné n'était pas connue au moment de l'organisation du projet de soin.
- Un autre était ambivalent au soin et à la prise du traitement prescrit, et avait refusé un lien entre le psychiatre du SMPR et le médecin de l'extérieur.
- Un autre était ambivalent au soin, et il n'a pas été possible de joindre le CMP de son secteur.

Pour deux patients (6%), l'obstacle concernait l'ignorance des modalités de sortie par le référent du SMPR (ex : jour de la sortie, existence d'une mesure de soin pénalement ordonnée).

Pour deux patients (6%), l'orientation première sur le CMP a été empêchée car le CMP de secteur ne prenait plus de nouveau patient.

Pour deux patients (6%), le projet d'expulsion vers le pays d'origine a empêché l'organisation du relai de soin.

Pour un patient (3%), l'obstacle a été administratif (impossibilité d'obtenir une convention de stage en vue d'initier un travail en ESAT à la sortie, et impossibilité d'organiser un suivi SAMSAH). L'obstacle pour ce patient était partiel avec une organisation d'un suivi médical sur le CMP sans problématique. Devant un trouble sévère et handicapant, l'accompagnement et le travail adapté font aussi parti du soin.

Pour un patient (3%), le médecin de l'extérieur a été choisi par le patient et le psychiatre du SMPR n'a pas eu connaissance de son identité rendant le lien impossible.

Pour un patient (3%), le délai était long avant un premier rendez-vous au CMP (plus de 6 mois).

Pour un patient (3%), l'obstacle concernait son indécision autour de son département d'habitation.

Pour un patient (3%), l'obstacle était mentionné mais non détaillé dans le dossier médical

Tableau 5 : Conséquences des obstacles (N=32)

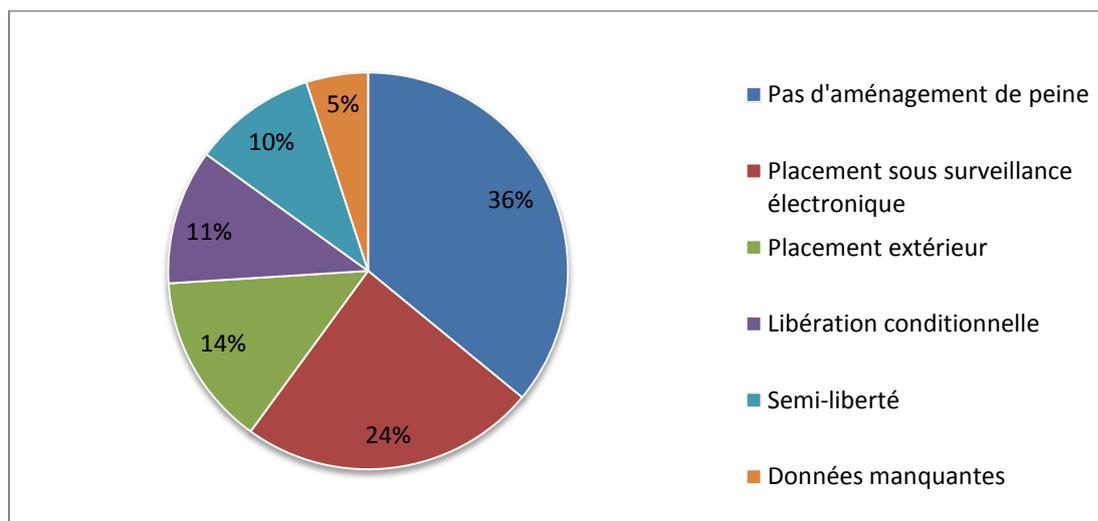
	n	%
Pas de projet de soin	13	41
Projet de soin et lien maintenu	7	22
Projet de soin maintenu, pas de lien	5	16
Changement de projet, pas de lien	4	13
Changement de projet, lien réalisé	3	9

41% (n=13) des personnes dont le projet de soin a rencontré un obstacle n'ont pas eu de projet de soin à la sortie. 22% (n=7) ont eu leur projet maintenu avec un lien réalisé malgré l'obstacle rencontré. 16% (n=5) ont eu un projet de soin maintenu mais sans lien réalisé. Pour 21% (n=7) des patients, l'obstacle a entraîné un changement de projet : sans lien dans 13% des cas (n=4), avec lien dans 9% des cas (n=3)

d) Situation pénale à la sortie

46% des personnes (n=43) sont sorties avec une levée d'écrou avec ou sans aménagement de peine. 59% (n=55) sont sortis de prison en aménagement de peine. La *figure 20* présente les modalités de sortie avec ou sans aménagement de peine

Figure 20 : Modalités pénales de sortie en %



36% des personnes (n=34) sont sorties sans aménagement de peine, 24% (n=23) en placement sous surveillance électronique, 14% (n=13) en placement extérieur, 11% (n=10) en libération conditionnelle, 10% (n=9) en mesure de semi-liberté.

Il n'y a eu aucune suspension de peine ou évasion.

Trois personnes (3%) sont sorties avec une mesure d'interdiction de territoire français. Pour deux personnes, la durée était non renseignée ; pour la troisième personne, l'interdiction était définitive. Les conséquences de ces mesures ont été une expulsion vers le pays d'origine pour deux personnes, et un transfert au centre de rétention administrative en vue d'une expulsion pour l'autre personne.

Trois personnes (3%) sont sorties avec une mesure d'interdiction de séjour sur une zone du territoire français (ville, département). Les durées étaient de cinq ans, et dix ans. La troisième durée n'était pas connue.

Tableau 6 : Suivi socio-judiciaire et soin pénalement ordonné

	n	%
Suivi socio-judiciaire	43	46
Soin pénalement ordonné	46	49

Comme exposé dans le *tableau 6*, 46 % des personnes sont sorties de détention avec une mesure de suivi socio-judiciaire. Il y avait 16 % de données manquantes.

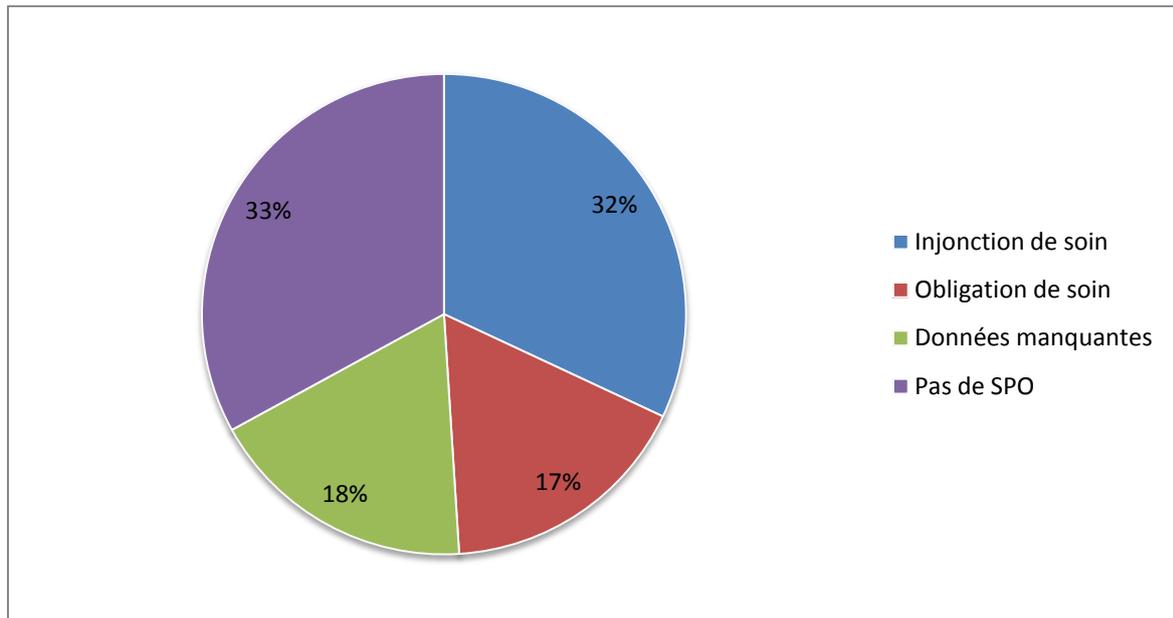
La durée moyenne du suivi socio-judiciaire était de six ans avec un écart-type de deux ans et onze mois, cependant la durée n'était pas connue ou renseignée dans 19 % des cas.

Le suivi long (≥ 5 ans) concernait vingt-neuf patients et le suivi très long (≥ 10 ans) huit patients, soit 67% et 19% des patients sortants avec un suivi socio-judiciaire.

Pour 49% des personnes, une mesure de soin a été pénalement ordonnée à la sortie de prison. Il y avait 18% de données manquantes.

La *figure 21* présente la répartition des soins pénalement ordonnés.

Figure 21 : Soins pénalement ordonnés à la sortie en %



32 % des personnes (n=30) sont sorties avec une mesure d'injonction de soin. L'injonction de soin a été le soin pénalement ordonné le plus représenté. La durée moyenne était de cinq ans et onze mois avec un écart-type de deux ans et six mois. Les données de durée étaient manquantes dans 23% des cas.

Dans le cadre de l'injonction de soin, le suivi long (≥ 5 ans) concernait dix-neuf patients et le suivi très long (≥ 10 ans) cinq patients soit 63% et 17% des patients sortants avec une injonction de soin.

17% des personnes (n=16) sont sorties avec une mesure d'obligation de soin. Les données de durée étaient manquantes dans 81% des cas. Les trois durées renseignées étaient de un an et demi, deux ans et deux ans et demi.

D. Discussion

1. Interprétation des résultats

a) Critère principal

Projet de soin

80% des patients de la série sont sortis de prison avec un projet de soin. Les projets étaient variés : la majorité des patients : 41%, étaient orientés sur un suivi psychiatrique au CMP de leur secteur d'habitation. Dans 16% des cas, ils étaient orientés sur un service d'addictologie dans le secteur public, un CSAPA. Ils ont aussi pu être orientés vers des praticiens libéraux : médecin généraliste 6%, psychologue 5%, psychiatre 12%. Trois personnes ont bénéficié d'une hospitalisation en psychiatrie ou en addictologie en sortie de détention.

Un lien a été réalisé avec la structure de soin d'aval pour 75% patients avec un projet de soin sous plusieurs formes : appel téléphonique, prise de rendez-vous, courrier de liaison, mail. L'absence de lien a pu être la volonté du patient qui refusait ce lien ou qui choisissait lui-même son médecin à l'extérieur (n=8).

Le lien avec le médecin coordonnateur dans le cadre d'une injonction de soin était très rare, puisqu'il n'a eu lieu que pour un patient.

Malgré, la proportion importante de patients condamnés pour des agressions sexuelles, aucune prescription de traitement hormonal freinateur de la libido n'a été trouvée. Ce type de traitement est plutôt recommandé en troisième ligne pour ces patients, après une psychothérapie unique, puis une psychothérapie associée à un traitement anti-dépresseur, en général mieux accepté par les patients (46), (47).

17% des patients sont sortis de détention sans projet de soin. Cette donnée est difficile à interpréter, il faut revenir sur les caractéristiques cliniques des patients : avant l'incarcération, seulement 28% bénéficiaient d'un suivi psychologique ou psychiatrique. Deux catégories peuvent se distinguer : ceux pour qui le suivi n'était pas indiqué, et ceux pour qui le suivi n'a pas pu se mettre en place devant un obstacle au relai de soin.

Obstacle au relai de soin

Un obstacle a été défini comme une difficulté, voire une impossibilité à effectuer le relai de soin du milieu carcéral au milieu libre. Ils pouvaient être de nature diverse, et des catégories d'obstacles ont pu se dessiner.

Cela concernait 34% des patients, plus d'un tiers de la série.

Nous avons pu organiser les obstacles en dix catégories : refus du patient, suivi irrégulier, causes multiples, manque d'information sur les modalités de la sortie, refus du CMP de suivre un nouveau patient, expulsion, obstacle administratif, médecin choisi inconnu, délai long avant le premier rendez-vous au CMP, incertitude du patient sur son lieu d'habitation.

Dans le cadre du refus d'un relai, d'un médecin choisi par le patient, ou d'une incertitude sur le lieu d'habitation ; l'obstacle provenait directement du patient et cela concernait : quatorze patients, soit 44% des causes d'obstacles.

Même si le psychiatre pose l'indication d'un suivi dans le cadre d'un trouble psychiatrique ; le patient est libre de refuser ce soin. Il peut cependant se trouver contraint à une prise en charge dans le cadre d'un soin pénalement ordonné ou dans le cadre d'un besoin impérieux de soin avec altération de la conscience des troubles. Dans ce dernier cas, l'état clinique du patient donnerait lieu à un soin psychiatrique sans consentement. Il est également possible que le patient souhaite un suivi à l'extérieur mais ne souhaite pas de communication entre le médecin du milieu carcéral et le médecin du milieu libre. Il est possible que ce patient ne souhaite pas évoquer son antécédent carcéral avec ce nouveau médecin, ou attendre de se sentir en confiance pour l'évoquer.

Dans le cadre du suivi irrégulier, il est probable que les causes d'obstacle soient multiples : lorsqu'un patient ne vient pas en consultation sur l'antenne du SMPR : il est souvent difficile de savoir si le patient a bien été informé du rendez-vous par les surveillants ou si le patient a choisi de lui-même de ne pas se présenter à la consultation.

Le manque d'information des soignants a été considéré comme un obstacle pour trois patients, notamment vis-à-vis des soins pénalement ordonnés ou des aménagements de peine : rappelons que les soignants de l'antenne du SMPR n'avaient pas connaissance d'une mesure de soin pénalement ordonnées à la sortie dans 18% des cas, et de sa durée dans 43% des cas.

L'éloignement géographique a pu rendre le relai impossible dans le cadre d'expulsion lors de mesure d'interdiction du territoire français à la sortie de prison.

Le frein a pu provenir de la structure de soin d'aval, le CMP dans notre étude. Cela a concerné quatre patients avec soit un délai long soit un refus de prendre en charge un nouveau patient soit une impossibilité à les joindre au téléphone. Pour ces patients, la saturation des structures de psychiatrie d'aval a été un frein à la continuité du soin.

L'ensemble de ces obstacles avaient un impact sur le relai de soin dans 78% des cas : soit en empêchant un projet de soin, soit en entraînant un changement de projet, soit en empêchant un lien avec la structure de soin d'aval.

La réalisation d'une étude qualitative autour du vécu des patients à la sortie de prison nous semble pertinente. L'un des objectifs pourrait être l'exploration des différents obstacles au relai de soin et le vécu des patients vis-à-vis de cette transition du soin psychiatrique du milieu carcéral au milieu libre.

b) Critères secondaires :

(1) Caractéristiques de la population

Sociales :

Dans notre série, nous retrouvons uniquement des hommes majeurs, correspondant à la population incarcérée sur le centre de détention de Muret, avec un âge moyen de 45 ans \pm 14 ans, avec des extrêmes allant de 24 à 85 ans.

71% des personnes appartenaient aux catégories socioprofessionnelles « ouvriers » et « sans activité », sur-représentées par rapport à la population générale masculine en 2019 (60%), et les catégories « cadres, professions intellectuelles supérieures » de l'ordre de 3% sous-représentées par rapport à la population générale masculine en 2019 (12.3%) (48).

Les antécédents de placement durant l'enfance et l'adolescence étaient de 20%, environ dix fois plus que dans la population générale (49).

L'AAH est perçu par 9% de la population de l'étude contre 3% dans la population générale (50). Les mesures de protection concernaient 2% de la population contre 1,3% dans la population générale des adultes de plus de 20 ans (51).

Les facteurs de placement, de catégorie socio-professionnelle et d'AAH nous amènent à penser que la population suivie sur l'antenne du SMPR du centre de détention de Muret est une population où l'on retrouve une situation sociale peu favorisée voire défavorisée : constat récurrent dans nombre d'études et d'ouvrage sur la population carcérale nationale (52), (53).

Cliniques :

Une petite proportion de la population présente des antécédents de suivi et d'hospitalisation durant l'enfance, 12 et 6%. Ces chiffres sont sensiblement similaires à la prévalence des troubles psychiatriques chez l'enfant en France (un enfant sur huit, tout trouble confondu) (54)

A l'âge adulte, ils sont plus nombreux avec quasiment un tiers des patients qui ont un antécédent de prise en charge psychologique ou psychiatrique avant la détention, avec un antécédent d'hospitalisation en psychiatrie en détention ou en milieu libre pour 32% d'entre-eux.

Le taux d'antécédent de tentative de suicide en milieu libre ou milieu carcéral est élevé, de l'ordre de 32%, environ sept fois plus que dans la population générale masculine où le taux déclaré dans une enquête de santé publique française à grande échelle est d'environ 4,4% (55) : ces chiffres nous renseignent sur la fragilité psychique et le risque de passage à l'acte auto-agressif chez ces patients.

Les personnes détenues sont incarcérés en premier lieu dans une maison d'arrêt ou un centre pénitentiaire, leur arrivée sur le centre de détention de Muret survient dans un second temps après un transfert d'un autre établissement pénitentiaire. A leur arrivée à Muret, 96% d'entre-eux bénéficiaient déjà d'une prise en charge psychiatrique ou psychologique avec pour 45% d'entre-eux un traitement psychotrope prescrit.

L'antenne du SMPR de Muret est très peu initiatrice d'un suivi psychiatrique ou psychologique et le contexte carcéral favorise la mise en place du soin psychiatrique.

Plusieurs hypothèses peuvent être avancées sur cette augmentation du recours au soin du milieu libre au milieu carcéral. Les facteurs de stress sont nombreux et les capacités d'adaptation des personnes détenues peuvent se trouver dépasser dans le contexte d'enfermement, la pression de la condamnation, l'éloignement des proches, la situation de rupture avec l'état antérieur, les conditions de détention en maison d'arrêt (56), (57). Une autre hypothèse est que cette population en milieu libre n'a pas la possibilité de mettre en place un suivi psychologique ou psychiatrique. Le milieu carcéral avec le temps de l'incarcération donne à ces patients l'opportunité d'initier le soin psychique. Il existe également une incitation judiciaire pour les personnes détenues à avoir un suivi au SMPR pour bénéficier de remise de peine supplémentaire (RPS). (58)

Il sera intéressant lors d'une étude qualitative d'observer le vécu des patients à l'entrée en détention et les motifs de recours au service de soin psychique en détention.

Pénales

Nous retrouvons des similitudes entre les motifs d'incarcération déclarés par la population de l'étude et les motifs retrouvés lors du contrôle du CGLPL en 2013 au centre de détention de Muret (45) avec 45% d'allégation de condamnation pour agressions sexuelles, contre 40% lors de la visite. Cependant, seulement 21% ont déclaré une condamnation pour homicide volontaire contre 40% lors du contrôle. 20% lors du contrôle étaient incarcérés pour atteinte aux biens ou aux personnes et pour infraction à la législation des stupéfiants, contre 34% dans notre étude.

Ces différences peuvent s'expliquer par un recueil de données alléguées par les patients dans notre étude contre un recueil avec des données fournies par l'administration pénitentiaire dans le cadre du rapport du CGLPL. Il faut rappeler que notre étude ne porte pas sur l'ensemble de la population du centre de détention, mais seulement sur les personnes détenues suivies par l'antenne du SMPR et sortants en 2019.

La durée de la condamnation était variable : de deux ans à la perpétuité, avec une médiane à dix ans. Les patients étaient détenus à Muret de six mois à douze ans et six mois, avec une médiane de trois ans.

Les temps d'incarcération sur le centre de détention de Muret étaient variables en fonction des personnes, ils étaient cependant assez long pour permettre la mise en place d'un suivi médical ou psychologique pérenne.

(2) Suivi sur l'antenne du SMPR de Muret

Le suivi était multiple et multidisciplinaire pour 59% des patients.

Les hospitalisations en psychiatrie concernent une petite proportion des patients : 11%, allant de une à six hospitalisations durant la période de détention sur Muret. Dans 80% des cas, il s'agissait d'hospitalisation temps complet sur l'UHSA de Toulouse.

Les diagnostics majoritaires sont les troubles de la personnalité 38% si diagnostic unique 60% si diagnostic multiple, les troubles de l'usage de substance 15% si diagnostic unique 41% si diagnostic multiple et les troubles anxieux 15% si diagnostic unique, 21% si diagnostic multiple.

Les troubles de l'humeur (épisode dépressif, trouble bipolaire) et les troubles psychotiques regroupent 14 et 5% des diagnostics respectivement.

Ces taux sont proches de ceux retrouvés dans l'étude DREES 2002 (5) qui observait les troubles psychiatriques des patients suivis au SMPR avec chez les hommes des troubles de la personnalité dans 35% des diagnostics, des troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives dans 25% des diagnostics, des troubles anxieux dans 11% des diagnostics, des troubles de l'humeur dans 6% des diagnostics et des troubles psychotiques dans 8% des diagnostics.

(3) Projet de réinsertion sociale

La période de détention se comptant en année pour l'ensemble des patients inclus, elle n'est pas anecdotique et de grands changements peuvent être enclenchés à la sortie de celle-ci.

Dans notre population, 43% des personnes ont fait le projet d'un lieu d'habitation dans un département différent du département habité avant l'incarcération. 46% retournaient vivre dans leur département d'origine. Le centre de détention se situant en Haute-Garonne, nous pouvons nous demander si cela favorise l'emménagement dans ce département. Cela concerne 20% des patients de l'échantillon. Il y a également des patients qui vivaient en Haute-

Garonne, et qui à la suite de la période de détention vont emménager dans un autre département, cela concerne seulement 3% des patients.

Il n'y a pas eu de patients sortant sans domicile fixe. Cependant, cette donnée était manquante dans 15% des cas ; il est possible que les patients avec la donnée non renseignée dans le dossier médical soient ceux pour lesquels le projet de sortie était moins abouti, moins travaillé sur l'antenne du SMPR, ou des patients suivis de manière irrégulière durant la fin de leur détention.

Les types de logement étaient variés : autonome dans 54% des cas, seul ou en cohabitation ; et social ou judiciaire dans 31% des cas : cela correspond en partie à des personnes sortantes en aménagement de peine tel que le placement-extérieur, la semi-liberté.

Dans la majorité des cas, 70% des cas, la personne sortait de prison avec un projet de travail, de formation, de bénévolat, de recherche de travail. L'absence de projet a pu être expliquée dans le dossier médical avec des patients retraités, handicapés, avec un projet d'hospitalisation, ou en voie d'expulsion.

(4) Mesures judiciaires à la sortie

Les aménagements de peine étaient fréquents (59%) et variés : placement extérieur, semi-liberté, libération conditionnelle, placement sous surveillance électronique.

Le suivi socio-judiciaire concernait 46% des patients et le soin pénalement ordonné un patient sur deux (49%). Ces données se caractérisaient par une grande proportion de données manquantes : 16% pour le suivi socio-judiciaire, et 18% pour les soins pénalement ordonnés.

Les durées moyennes étaient de six ans pour le suivi socio-judiciaire et de cinq ans et onze mois pour l'injonction de soin.

Le suivi dans le cadre de l'injonction de soin était long (≥ 5 ans) pour dix-neuf patients soit 63% des patients en injonction de soin et très long (≥ 10 ans) pour cinq patients soit 17% des patients en injonction de soin.

Mais les données manquantes sur la durée étaient nombreuses : 19% des cas pour le suivi socio-judiciaire, 23% des cas pour l'injonction de soin et 81% des cas pour l'obligation de soin.

Ces durées longues ont déjà été retrouvées dans l'étude du dispositif d'injonction de soin réalisée sous la direction de Virginie Gautron : avec 67% des suivis de durée supérieure ou égale à cinq ans (32).

Cela pose les questions de l'adhésion dans des soins psychiques et de l'indication de soin psychiatrique ou psychologique de longue durée, pour des patients dont les diagnostics majoritaires sont les troubles de la personnalité, les addictions et les troubles anxieux. Leur prise en charge nécessite engagement, motivation et volonté de changement ; ce qui semble biaisé quand le soin est contraint par la Justice.

2. Forces et faiblesses de cette étude

Les principales limites de cette étude sont inhérentes au schéma utilisé. Cette étude étant monocentrique, l'interprétation des données doit être prudente et leur généralisation au niveau national serait source d'erreur.

Plusieurs biais sont à déplorer pour cette étude descriptive rétrospective. Un biais d'information existe probablement compte tenu du recueil rétrospectif avec des données manquantes, limitant l'interprétation des résultats obtenus. Un biais est également possible compte tenu de la saisie manuelle des données provenant des dossiers médicaux format papier et numérique. Il est probable qu'il y ait eu des erreurs lors du recueil.

Un autre biais de sélection se situe au niveau de la population incluse : population incarcérée sur le centre de détention de Muret, qui n'est pas représentative des sortants de prison puisqu'il n'y a pas de femme (bien que minoritaire en prison, de l'ordre de 4%), de personne avec un statut de prévenu et les peines de prison sont relativement longues. Cette population est typique d'une population d'hommes détenus en centre de détention et différente de la population en maison d'arrêt.

3. Intérêt de cette étude

Cette étude nous donne un état des lieux de la préparation à la sortie par l'antenne du SMPR du centre de détention de Muret. Elle met en avant les relais de soin majoritaire, les difficultés et les obstacles qui peuvent survenir dans cet objectif de la continuité du soin psychique du milieu carcéral au milieu libre.

Les modalités pénales de sortie sont également présentées et nous donne un aperçu de la proportion des personnes sortants en aménagement de peine, avec un suivi socio-judiciaire et/ou un soin pénalement ordonné.

Elle présente également un échantillon de la population suivie dans un SMPR dans un centre de détention et ses caractéristiques sociales, cliniques et pénales.

Elle constitue une première étude descriptive sur le relai de soin en psychiatrie à la sortie de prison.

D'autres études sont utiles afin d'avoir une vision globale de cette transition : des études qualitatives autour du vécu des patients de leur sortie de prison, du vécu des psychiatres, psychologues dans les secteurs public et privé autour de la prise en charge de ces patients, une étude prospective avec un suivi durant l'année après la sortie pour évaluer leur intégration sociale, l'effectivité du projet de soin élaboré, leur état de santé psychique et physique.

La sortie de personnes détenues de maison d'arrêt pourrait donner lieu à d'autres études, car le relai de soin y est d'autant plus complexe par des peines de prison courte, des sorties soudaines.

4. Perspectives

Notre étude descriptive présente l'organisation du relai de soin psychiatrique à la sortie du centre de détention de Muret. Des obstacles à ce relai ont été trouvés; ils sont de nature diverse et ils ont des conséquences sur le relai dans la majorité des cas.

Notre revue de littérature nous a renseignés sur la situation de grande vulnérabilité des personnes en sortie de prison avec un sur-risque de morbi-mortalité. Cette problématique est un enjeu de santé publique actuel.

Le rapport de la cour des comptes de 2014 (34) évoque les « consultations psychiatriques postpénales » déjà mises en place par certains SMPR, comme « solution à développer ». Cette idée a été reprise dans la feuille de route santé des PPSMJ (40) qui annonce comme action pour les prochaines années : l'évaluation de ces consultations et leur diffusion. Elles ont pour objectif de permettre une transition accompagnée du milieu carcéral au milieu libre et diminuer la morbi-mortalité, les ruptures de soin, et éviter les sorties non préparées.

D'autres types de structures sont envisagés afin de répondre à cette problématique, notamment en Haute-Garonne, au CH G. Marchant. Un projet d'Equipe Mobile Transitionnelle (EMOT) appartenant au pôle de psychiatrie et des conduites addictives en milieu pénitentiaire (PCAMP) est en cours de mise en place.

Son objectif sera d'organiser la transition du soin psychique vers des soins de droits communs en milieu libre. Elle ne se positionnera pas à la place des équipes référentes mais en appui de celles-ci. Cette équipe vise à favoriser et anticiper la préparation à la sortie et atténuer le choc de la libération.

L'action auprès du patient pourra être initiée à tout moment durant la détention et pourra se poursuivre après la sortie de prison. L'idée de cette équipe est d'éviter la stigmatisation des sortants de prison dans des consultations spécialisées, et de soutenir la réinsertion de ces personnes dans la société civile avec une réintégration rapide dans un soin psychiatrique de droit commun.

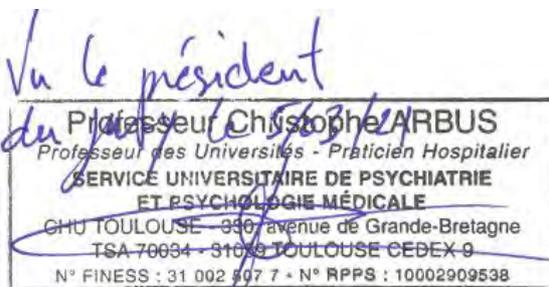
Il sera pertinent par la suite de réaliser une étude prospective avec inclusion de patients ayant bénéficié de l'EMOT afin de s'assurer de son efficacité pour éviter la perte de chance sur les plans de la santé mentale et physique, de l'insertion sociale, de la récidive en sortie de prison.

Conclusion

La population carcérale française et internationale présente un fort taux de troubles psychiatriques. Les soins psychiques en milieu carcéral ont été majorés ces vingt dernières années dans un objectif d'égalité d'accès au soin avec la population générale. La sortie de prison reste une période de grande vulnérabilité avec un taux de suicide élevé, un sur-risque de mortalité toute cause, de rupture de soin, de précarité sociale, et de récidive délictueuse.

Notre étude descriptive fait un état des lieux de la préparation à la sortie de prison et des caractéristiques sociales, cliniques et judiciaires de patients suivis au centre de détention de Muret. La population de l'étude provenait d'un milieu social peu favorisé. Leur fragilité psychique était manifeste avec notamment des antécédents de tentative de suicide sept fois plus élevés que dans la population générale. La répartition des troubles psychiatriques était similaire à celle relevée dans une étude multicentrique étudiant la santé mentale des personnes détenues suivies dans les SMPR : avec des diagnostics majoritaires de troubles de la personnalité, de troubles de l'usage de substance et de troubles anxieux. 80% des patients de l'étude sont sortis de prison avec un projet de soin psychique. Des obstacles au relai de soin ont été mis en évidence pour un tiers des patients de l'étude de causes multiples : provenant du patient (refus, suivi irrégulier), du manque d'information sur les modalités de la sortie, de la saturation du système de santé mentale (délai long, refus de prendre en charge un nouveau patient). Ces obstacles avaient des répercussions sur le projet de soin dans 78% des cas.

L'accompagnement médico-social durant la transition du milieu carcéral au milieu libre semble une nécessité devant la fragilité psychique de la population carcérale, la période de vulnérabilité de la sortie de prison et les multiples obstacles au relai de soin constatés. Une feuille de route santé a été élaborée pour la période 2019-2022 et propose des axes d'amélioration dans le soin des personnes détenues, avec notamment l'évaluation et le développement des « consultations sortants » pour accompagner les patients pendant cette étape. En Haute-Garonne, sur le CH G. Marchant, l'EMOT (équipe mobile transitionnelle) est en cours de développement pour accompagner les patients à la sortie de prison sans se substituer aux structures de soin déjà existantes. De futures études seront nécessaires afin d'évaluer son efficacité dans la réduction des risques à la sortie de prison.



Faculté de Médecine
Toulouse Rangueil
Le Coq
E. SERRANO
10.03.2024

Bibliographie

1. Fazel S, Seewald K. Severe mental illness in 33,588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* mai 2012;200(5):364-373.
2. Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet Lond Engl.* 16 févr 2002;359(9306):545-50.
3. S F, P B, H D. Substance Abuse and Dependence in Prisoners: A Systematic Review [Internet]. Vol. 101, *Addiction* (Abingdon, England). *Addiction*; 2006 [cité 20 mai 2020]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16445547/>
4. Binswanger IA, Stern MF, Deyo RA, Heagerty PJ, Cheadle A, Elmore JG, et al. Release from prison--a high risk of death for former inmates. *N Engl J Med.* 11 janv 2007;356(2):157-65.
5. Coldefy M, Faure P, Prieto N. La santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus accueillis par les services médico-psychologiques régionaux. *DREES.* juill 2002; *Etudes et Résultats*(181):12.
6. Falissard B, Loze J-Y, Gasquet I, Duburc A, de Beaurepaire C, Fagnani F, et al. Prevalence of mental disorders in French prisons for men. *BMC Psychiatry.* 21 août 2006;6:33.
7. Plancke L, Sy A, Fovet T, Carton F, Roelandt J-L, Benradia I, et al. La santé mentale des personnes entrant en détention dans le Nord et le Pas-de-Calais. *F2RSM Psy.* nov 2017;
8. Godin-Blandeau E, Verdout C, Delevay A-E. La santé des personnes détenues en France et à l'étranger : une revue de la littérature. *Bull Épidémiologique Hebd INVS.* nov 2013;(35-36):7.
9. Duthé G, Hazard A, Kensey A. Suicide des personnes écrouées en France : évolution et facteurs de risque. *Population.* 2014;Vol. 69(4):519-49.
10. Fazel S, Ramesh T, Hawton K. Suicide in prisons: an international study of prevalence and contributory factors. *Lancet Psychiatry.* 2017;4(12):946-52.

11. Loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice.
12. Statistiques de la population détenue et écrouée, octobre 2020 [Internet]. justice.gouv.fr. [cité 14 nov 2020]. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/les-chiffres-clefs-10041/statistiques-de-la-population-detenu-e-et-ecrouee-32891.html>
13. Décret n°86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique.
14. Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale.
15. Article D372. Code de procédure pénale. Sect. De l'organisation sanitaire.
16. Article R3221-5. Code de la santé publique. Sect. Définition et organisation technique des secteurs.
17. «Après la prison, j'avais l'impression d'être un fantôme» [Internet]. Libération.fr. 2012 [cité 9 janv 2020]. Disponible sur: https://www.liberation.fr/societe/2012/09/12/apres-la-prison-j-avais-l-impression-d-etre-un-fantome_845539
18. Kensey A, Benaouda A. Les risques de récidive des sortants de prison. Une nouvelle évaluation. Cah Études Pénit Criminol. mai 2011;(36):8.
19. Verger P, Rotily M, Prudhomme J, Bird S. High mortality rates among inmates during the year following their discharge from a French prison. J Forensic Sci. mai 2003;48(3):614-6.
20. Pratt D, Piper M, Appleby L, Webb R, Shaw J. Suicide in recently released prisoners: a population-based cohort study. Lancet Lond Engl. 8 juill 2006;368(9530):119-23.
21. Cutcher Z, Degenhardt L, Alati R, Kinner SA. Poor health and social outcomes for ex-prisoners with a history of mental disorder: a longitudinal study. Aust N Z J Public Health. oct 2014;38(5):424-9.
22. Hopkin G, Evans-Lacko S, Forrester A, Shaw J, Thornicroft G. Interventions at the Transition from Prison to the Community for Prisoners with Mental Illness: A

- Systematic Review. *Adm Policy Ment Health Ment Health Serv Res.* juill 2018;45(4):623-34.
23. La libération conditionnelle [Internet]. justice.gouv.fr. [cité 7 nov 2020]. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/la-vie-hors-detention-10040/la-liberation-conditionnelle-11994.html>
 24. Paragraphe 2 : Dispositions applicables aux condamnés incarcérés (Articles 723-19 à 723-27) - Légifrance [Internet]. [cité 7 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000021332353/2009-11-26/>
 25. Le placement sous surveillance électronique [Internet]. justice.gouv.fr. [cité 7 nov 2020]. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/la-vie-hors-detention-10040/le-placement-sous-surveillance-electronique-11997.html>
 26. Le placement à l'extérieur [Internet]. justice.gouv.fr. [cité 7 nov 2020]. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/la-vie-hors-detention-10040/le-placement-a-lexterieur-11995.html>
 27. La semi-liberté [Internet]. justice.gouv.fr. [cité 7 nov 2020]. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/la-vie-hors-detention-10040/la-semi-liberte-11996.html>
 28. Le suivi socio judiciaire [Internet]. justice.gouv.fr. [cité 7 nov 2020]. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/justice-penale-11330/lapplication-de-la-peine-11337/le-suivi-socio-judiciaire-16419.html>
 29. Article n°132-45. Code Pénal. Sect. Des modes de personnalisation des peines.
 30. Loi n° 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs.
 31. Orsat M, Auffret E, Brunetière C, Decamps-Mini D, Canet J, Olié J-P, et al. Les soins pénalement ordonnés : analyse d'une pratique complexe à travers une revue de la littérature. *L'Encéphale.* 1 oct 2015;41(5):420-8.
 32. Gautron V. (Se) soigner sous la contrainte : une étude du dispositif de l'injonction de soin [Internet]. [cité 11 nov 2020]. Disponible sur: <http://www.gip-recherche->

justice.fr/publication/etude-pluridisciplinaire-du-dispositif-des-injonctions-de-soin-dans-une-metropole-regionale-nantes-2/

33. Prise en charge des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre de mineurs de moins de 15 ans [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 14 nov 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_930913/fr/prise-en-charge-des-auteurs-d-agression-sexuelle-a-l-encontre-de-mineurs-de-moins-de-15-ans
34. Le rapport public annuel 2014 [Internet]. Cour des comptes; 2014 févr [cité 3 déc 2019]. (La santé des personnes détenues : des progrès encore indispensables). Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/le-rapport-public-annuel-2014>
35. Double peine Conditions de détention inappropriées pour les personnes présentant des troubles psychiatriques dans les prisons en France [Internet]. Human Rights Watch; 2016 avr [cité 3 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.hrw.org/fr/report/2016/04/05/double-peine/conditions-de-detention-inappropriees-pour-les-personnes-presentant#page>
36. Loi n° 2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales.
37. Repenser la prison pour mieux réinsérer [Internet]. Assemblée Nationale; 2018 mars [cité 3 déc 2019]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/15/pdf/rapports/r0808.pdf>
38. Hazan A. Avis du 14 octobre 2019 relatif à la prise en charge des personnes détenues atteintes de troubles mentaux [Internet]. Site du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté. 2019 [cité 3 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.cglpl.fr/2019/avis-relatif-a-la-prise-en-charge-des-personnes-detenees-atteintes-de-troubles-mentaux/>
39. Hazan A. Soins psychiatriques aux détenus : les constats du CGLPL. Santé Ment. avr 2018;(227):40-5.
40. Feuille de route Santé des Personnes Placées sous Mains de Justice 2019-2022 [Internet]. Ministère de la Justice et Ministère des Solidarités et de la Santé. [cité 2 mai 2020].

Disponible sur: <http://www.srae-addicto-pdl.fr/fr/actualites/feuille-de-route-sante-des-personnes-placees-sous-main-de-justice-2019-2022,1695,251333.html>

41. Evaluation du plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice. :175.
42. Feuille de route Santé mentale et psychiatrie juin 2018 [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. [cité 4 mars 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/feuille-de-route-sante-mentale-et-psychiatrie-jeudi-28-juin-2018>
43. Centre de détention de MURET [Internet]. [cité 24 mars 2020]. Disponible sur: <http://www.cd-muret.justice.fr/index.html>
44. Décret n°75-402 du 23 mai 1975. Code de procédure pénale.
45. Sautiere J. CGLPL : Rapport de visite : centre de détention de Muret (31) [Internet]. 2013 mars. Disponible sur: <https://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2016/06/Rapport-de-visite-du-centre-de-détention-de-Muret-Haute-Garonne.pdf>
46. Garcia FD, Delavenne HG, Assumpção A de FA, Thibaut F. Pharmacologic treatment of sex offenders with paraphilic disorder. *Curr Psychiatry Rep.* mai 2013;15(5):356.
47. Delavenne H, D FG, Lamy S, Thibaut F. Quelle prise en charge thérapeutique pour les patients paraphiles auteurs de violence sexuelle ? *PSN.* 2 avr 2014;Volume 12(1):15-29.
48. Population selon le sexe et la catégorie socioprofessionnelle | Insee [Internet]. [cité 11 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381478>
49. Aide sociale à l'enfance – Action sociale départementale | Insee [Internet]. [cité 11 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2382589?sommaire=2382915>
50. Personnes handicapées – Action sociale départementale | Insee [Internet]. [cité 3 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2382595?sommaire=2382915>
51. Cruzet T, Lebaudy M. 680 000 majeurs sous protection judiciaire fin 2014. 2014;6.
52. Combessie P. Sociologie de la prison. La Découverte; 4ème édition. 2018. 128 p. (Repères).

53. L'origine sociale des détenus [Internet]. Observatoire des inégalités. [cité 11 févr 2021]. Disponible sur: https://www.inegalites.fr/L-origine-sociale-des-detenus?id_mot=99
54. Inserm (dir). Troubles mentaux : Dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent [Internet]. Paris : Les éditions Inserm; 2002 p. 887. Report No.: XXII. Disponible sur: <http://hdl.handle.net/10608/165>
55. Suicide et tentatives de suicide : données épidémiologiques récentes / Suicide and suicide attempts: Recent epidemiological data for France. :52.
56. Laurencin G. Condition carcérale et souffrance psychique. Rhizome. 2015;N° 56(2):7-8.
57. Gouvernet C. Expériences plurielles de l'enfermement : entre rejet et reprise de contrôle. Espac Soc. 2 juin 2015;n° 162(3):31-46.
58. Qu'est-ce qu'une réduction de peine ? [Internet]. [cité 22 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F34157>

**RELEASED FROM PRISON : A SYSTEMATIC REVIEW AND A DESCRIPTIVE
STUDY OF CONTINUITY OF CARE FOR PATIENTS FOLLOWED AT THE MURET
DETENTION CENTRE**

ABSTRACT :

Context : The French and international prison population has a high rate of mental disorders. A literature review reveals that the period following release from prison is at high risk of morbidity and mortality. **Methods :** The purpose of our descriptive and retrospective study is to determine the organization of mental healthcare after release from prison for patients receiving psychiatric care at the Muret detention centre and released in 2019. **Results :** 94 patients, adult males, were included in this study. For 80% of them, a care plan was established before their release. Multiple and diverse barriers to the continuity of care were found : from the patient (refusal, irregular follow), from a lack of knowledge of release conditions, from the overload of the mental health system. The obstacles concerned a third of the patients and this had a direct effect on the care plan in 78% of cases. **Conclusion :** These results provide a first look at the current organization of mental healthcare after release from prison. New health structures are being developed such as « release » consultations, and transitional mobile team. These structures aim to support patients in their transition from prison to the outside world. An evaluation of these centres has to be done before their generalization.

KEY WORDS : released prisoners, period of vulnerability, mental disorders, prison psychiatric services, continuity of care, descriptive study

Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

Director : Raphaël CARRE

**SORTANTS DE PRISON : REVUE DE LA LITTÉRATURE ET ETUDE
DESCRIPTIVE DU RELAI DE SOIN PSYCHIATRIQUE DE PATIENTS SUIVIS AU
CENTRE DE DETENTION DE MURET**

RESUME EN FRANÇAIS :

Contexte : La population carcérale française et internationale présente un fort taux de troubles psychiques. Une revue de la littérature révèle la période de vulnérabilité de la sortie de prison avec un sur-risque de morbi-mortalité. **Méthode :** Notre étude descriptive rétrospective a pour objectif de caractériser le relai de soin des patients suivis sur l'antenne du SMPR de Muret et sortants de prison en 2019. **Résultats :** 94 patients, des hommes majeurs, ont été inclus. Pour 80% d'entre-eux, un projet de soin a été élaboré avant la sortie. Des obstacles au relai de soin ont été retrouvés, de nature multiple : provenant du patient (refus, suivi irrégulier), de la méconnaissance des modalités de sortie, de la saturation du système de santé mentale. Les obstacles concernaient un tiers des patients et cela impactait le projet de soin dans 78% des cas. **Conclusion :** Ces résultats apportent un premier regard sur l'organisation actuelle du soin psychiatrique à la sortie de prison. Des structures de soin psychiques : consultations sortants, équipe mobile transitionnelle sont en cours de développement et d'évaluation pour accompagner les patients dans cette transition du milieu carcéral au milieu libre. Leur diffusion après évaluation semble une nécessité.

TITRE EN ANGLAIS : Released from prison : a systematic review and a descriptive study of continuity of care for patients followed at the Muret detention centre.

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialisée clinique

MOTS-CLÉS : sortants de prison, période de vulnérabilité, soin psychique, relai de soin, SMPR, étude descriptive

Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

Directeur de thèse : Raphaël CARRE