



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Entretien

De quels troubles psychiatriques souffrent les personnes détenues en France ?



What are psychiatric disorders of people who are incarcerated in France?

Thomas Fovet^{a,b}, Marion Eck^c, Jean-Pierre Bouchard^{d,e,*,f}

^a Université Lille, Inserm, U1172, Lille Neuroscience & Cognition, 59000 Lille, France

^b CHU Lille, unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA), Lille, France

^c Pôle de psychiatrie et de conduites addictives en milieu pénitentiaire, centre hospitalier Gérard-Marchant, 31057 Toulouse, France

^d Institut psycho-judiciaire et de psychopathologie (IPJP), Institute of Forensic Psychology and Psychopathology, centre hospitalier de Cadillac, 89, rue Cazaux-Cazalet, 33410 Cadillac, France

^e Unité pour malades difficiles (UMD), pôle de psychiatrie médico-légale (PPML), centre hospitalier de Cadillac, 10, avenue Joseph-Caussil, 33410 Cadillac, France

^f Statistics and Population Studies Department, Faculty of Natural Sciences, University of the Western Cape, Robert-Sobukwe road, Bellville, 7535 Cape-Town, Afrique du Sud

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Disponible sur Internet le 21 octobre 2022

Mots clés :

Détenu
Irresponsabilité pénale
Maison d'arrêt
Prison
Psychiatrie
Vulnérabilité

Keywords:

Jail
Not criminally responsible on account of mental disorder
Prison
Prisoner
Psychiatry
Vulnerability

RÉSUMÉ

La présence de personnes détenues souffrant de troubles psychiatriques est observée depuis la naissance de la prison moderne, et a fluctué depuis, au gré des évolutions institutionnelles psychiatriques et du cadre législatif français. Au 1^{er} janvier 2022, près de 70 000 personnes sont incarcérées dans les 187 établissements français de métropole et d'outre-mer. Dans cette population, une surreprésentation par rapport à la population générale est établie pour de nombreux troubles psychiatriques : le trouble dépressif caractérisé, les troubles psychotiques, le trouble bipolaire, le trouble de stress post-traumatique, les troubles de l'usage de substances et les troubles neuro-développementaux comme le trouble du déficit de l'attention avec/sans hyperactivité. Dans cet entretien avec Jean-Pierre Bouchard, Thomas Fovet et Marion Eck discutent de ce phénomène à partir de données épidémiologiques récentes et de leur expérience personnelle. Certains aspects cliniques spécifiques de la psychiatrie en milieu pénitentiaire sont également abordés.

© 2022 Publié par Elsevier Masson SAS.

ABSTRACT

The presence of detainees suffering from psychiatric disorders has been observed since the birth of the modern prison system, and the numbers have fluctuated since then, depending on the evolution of psychiatric facilities and the French legislative framework. As of January 1, 2022, almost 70,000 people were incarcerated in the 187 French correctional institutions in metropolitan and overseas France. Many psychiatric disorders are over-represented in the correctional population compared to the general population, and they include disorders such as depressive, psychotic, bipolar, post-traumatic stress, and substance abuse disorders together with neurodevelopmental disorders such as attention deficit disorder with/without hyperactivity. In this interview with Jean-Pierre Bouchard, Thomas Fovet and Marion Eck discuss this phenomenon based on recent epidemiological data and their personal experience. Some specific clinical aspects of psychiatry in the correctional environment are also discussed.

© 2022 Published by Elsevier Masson SAS.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : jean_pierre_bouchard@yahoo.fr (J.-P. Bouchard).

<https://doi.org/10.1016/j.amp.2022.08.008>

0003-4487/© 2022 Publié par Elsevier Masson SAS.

1. Introduction

Lorsqu'on évoque les troubles psychiatriques en milieu pénitentiaire, c'est l'absence de données cliniques et épidémiologiques qui est quasi-systématiquement mise en avant. Pourtant, les réflexions sur la pathologie psychiatrique dans les prisons remontent au XIX^e siècle et se sont progressivement enrichies de travaux épidémiologiques successifs dont certains sont récemment parus ou en cours de réalisation.

Dans cet entretien avec Jean-Pierre Bouchard, Thomas Fovet et Marion Eck proposent un éclairage sur la question des troubles psychiatriques en prison, basé à la fois sur leur expérience de la pratique clinique en milieu pénitentiaire et sur les dernières données scientifiques sur la question. L'objectif est de mettre en évidence à quel point il est important que l'ensemble des soignants en psychiatrie soient sensibilisés à la question de la santé mentale chez les personnes détenues [40]. En effet, l'incarcération vient aujourd'hui bien souvent s'inscrire dans la trajectoire de certains patients suivis en psychiatrie générale avant et/ou après leur incarcération [2,44,81]. C'est aussi dans cette optique que les auteurs ont récemment proposé un guide pratique sur la psychiatrie en milieu pénitentiaire à l'intention des internes mais aussi des autres intervenants en santé mentale (disponible en accès libre à ce lien : https://www.researchgate.net/publication/340183837_La_psychiatrie_en_milieu_penitentiaire_Un_guide_pratique_a_destination_des_internes).

Thomas Fovet est psychiatre et docteur en neurosciences. Il travaille actuellement au sein du pôle de psychiatrie, médecine légale et médecine en milieu pénitentiaire du CHU de Lille, plus particulièrement au sein de l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) et de l'équipe mobile transitionnelle (EMOT). Il est également chercheur au sein de l'équipe Plasticité & Subjectivité du Centre Lille Neurosciences & Cognition. Ses principaux travaux concernent la psychiatrie légale, l'épidémiologie des troubles psychiatriques en prison, le psychotraumatisme et la prise en charge des troubles psychiatriques sévères en milieu pénitentiaire.

Marion Eck est psychiatre et addictologue. Tôt dans son internat, elle a découvert à Lille l'exercice de la psychiatrie en milieu pénitentiaire, en 2015, dans le Service médicopsychologique régional (SMPR) du centre pénitentiaire d'Annoullin. Ainsi sensibilisée à la prise en charge des personnes détenues souffrant de troubles psychiatriques, elle s'est orientée dans cette voie. Elle a exercé la fonction de Cheffe de clinique des universités - assistante des hôpitaux de Lille au sein de l'UHSA de 2019 à 2021, aux côtés du Dr Thomas Fovet. Elle a rejoint en 2022 l'équipe toulousaine de la Dre Anne-Hélène Moncany. Elle exerce donc actuellement au sein du pôle de psychiatrie et de conduites addictives en milieu pénitentiaire du Centre Hospitalier Gérard-Marchant, au sein de l'UHSA de Toulouse, et au sein du SMPR de la maison d'arrêt de Seysses.

2. Interview

2.1. Jean-Pierre Bouchard : Pouvez-vous décrire brièvement la population carcérale française ?

Thomas Fovet et Marion Eck : Au 1^{er} janvier 2022, près de 70 000 personnes sont incarcérées dans les 187 établissements français de métropole et d'outre-mer (15 établissements sont implantés dans les départements et régions d'outre-mer) [71]. Hormis la diminution inévitée de la population carcérale observée de mars à juin 2020 en lien avec les mesures prises pour lutter contre la pandémie de COVID-19 (diminution de l'activité des juridictions pénales et libération anticipée des personnes détenues proches de

la fin de leur peine [8,45,51]), le nombre de personnes détenues en France croît continuellement depuis les années 2000, si bien qu'on compte aujourd'hui deux fois plus de personnes écrouées qu'en 1980 [25]. Cette hausse ne témoigne pas de l'évolution corollaire du nombre de crimes et de délits en France, mais serait plutôt le reflet d'une sévérité pénale grandissante (pénalisation d'un nombre de plus en plus important de comportements, allongement moyen de la durée des peines, augmentation du recours à la détention provisoire) et de l'augmentation du recours à des procédures de jugement rapides comme la comparution immédiate, cette dernière aboutissant nettement plus souvent à une peine d'emprisonnement que les procédures classiques [58,69].

Masculine à plus de 95 %, la population carcérale est jeune : 70 % des personnes détenues ont moins de 40 ans [72]. Un phénomène de vieillissement de la population carcérale, observé depuis les années 1980 [15,70] est toutefois à noter. Avec une augmentation de plus de 38 % en dix ans, la part des personnes âgées de plus de 60 ans est celle qui a connu la croissance la plus rapide entre 2012 et 2022 [26,72].

En ce qui concerne la situation pénale des personnes détenues en France, les trois quarts d'entre elles sont condamnées (les autres étant en détention provisoire, dans l'attente d'un jugement), la majorité à une « courte » peine d'emprisonnement, d'une durée inférieure à cinq ans le plus souvent, à la suite d'un délit. Les personnes détenues sont principalement condamnées pour des faits de vol, de violence contre les personnes et d'infraction à la législation sur les stupéfiants ; les personnes condamnées pour les crimes les plus graves sont minoritaires [72].

Enfin, sur le plan social, les données dont nous disposons indiquent sans grande surprise que les personnes sans emploi, au plus faibles revenus, au plus bas niveau d'éducation scolaire et sans domicile fixe sont surreprésentées en milieu pénitentiaire [58].

2.2. Jean-Pierre Bouchard : Quel est l'état actuel de la prison en France ?

Thomas Fovet et Marion Eck : Notons au préalable qu'il n'existe pas en France « une » prison, mais plutôt une grande diversité d'établissements pénitentiaires. Ces derniers suivent tous une logique de séparation des hommes, des femmes et des mineurs (âgé(e)s de plus de 13 ans) et sont regroupés en deux grandes catégories : les *maisons d'arrêt* et les *établissements pour peine*. Les maisons d'arrêt abritent la majorité de la population carcérale et reçoivent en théorie des personnes placées en détention provisoire ou condamnées à de courtes peines, inférieures à deux ans en moyenne (même s'il n'est pas rare que des personnes détenues s'y trouvent pendant plusieurs années en attendant leur transfèrement en établissement pour peine). Les établissements pour peine, quant à eux, sont réservés aux personnes condamnées. On distingue les centres de détention, plutôt orientés vers la réinsertion, les maisons centrales, recevant des personnes condamnées à des peines très longues et/ou identifiées comme dangereuses, puis les centres de semi-liberté et les centres pour peines aménagées, établissements semi-ouverts recevant des personnes bénéficiant ou susceptibles de bénéficier d'une mesure d'aménagement de peine. S'ajoutent à ces deux grandes catégories les *centres pénitentiaires*, établissements mixtes regroupant des quartiers distincts : quartier « maison d'arrêt » et/ou quartier « centre de détention » et/ou quartier « maison centrale », etc. En tenant compte de l'ensemble de ces différents quartiers, on dénombre en France en 2022 : 132 maisons d'arrêt, 67 centres de détention, 13 maisons centrales, 33 centres de semi-liberté et 10 centres pour peines aménagées [69].

Les modalités d'emprisonnement diffèrent d'un type d'établissement à l'autre. Si les personnes incarcérées dans les maisons d'arrêt et les maisons centrales sont, en principe, soumises à un "

régime fermé " (portes closes toute la journée, jusqu'à 23 h/24 dans certaines prisons), les centres de détention appliquent plus volontiers un " régime ouvert ", ce dernier étant toutefois conditionné par l'appréciation par l'administration pénitentiaire du comportement des personnes détenues [69].

La densité carcérale modifie aussi profondément les conditions de détention et varie là encore selon le type d'établissements. C'est dans les maisons d'arrêt que la surpopulation carcérale est particulièrement marquée, contraignant deux, trois, voire quatre personnes à partager une même cellule, et plus de 1500 personnes détenues à dormir chaque nuit sur des matelas au sol (chiffres au 1^{er} janvier 2022 [71]). Aucune région pénitentiaire n'échappe à ce qui semble être la règle depuis plusieurs décennies, la densité carcérale moyenne allant de 113 % dans les maisons d'arrêt de la région de Strasbourg à presque 170 % dans celles de la région de Toulouse au 1^{er} janvier 2022 [71].

Enfin, des différences architecturales, en lien avec l'époque de leur construction, sont observées à l'échelle des établissements. Les plus anciennes prisons, construites au cours du XIX^e siècle, sont généralement de plus petite taille et comportent encore parfois des dortoirs et des douches collectives. Cela entraîne une promiscuité à double tranchant qui, d'un côté, favorise le lien social, et de l'autre, peut augmenter les tensions. *A contrario*, les établissements les plus récents, de plus grande taille et éloignés des centres urbains, procurent aux surveillants et aux personnes détenues un sentiment d'isolement [69]. De manière générale, en France, l'état de délabrement des plus anciennes prisons et le manque d'entretien des nouvelles, régulièrement pointés du doigt par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) (<http://www.coe.int/>), participent à rendre les conditions matérielles d'incarcération extrêmement difficiles.

2.3. Jean-Pierre Bouchard : De quand datent les premières descriptions de troubles psychiatriques dans les prisons ?

Thomas Fovet et Marion Eck : Bien que l'intérêt pour la souffrance psychique dans les situations d'enfermement soit plus ancien, les premières descriptions de troubles psychiatriques dans les prisons remontent au XIX^e siècle. On retrouve en particulier des écrits sur les " psychoses carcérales " attribués aux médecins suisses, français, puis allemands.

Dans la première moitié du XIX^e siècle, alors que le régime pennsylvanien (forme de gestion des prisons venue des États-Unis fondée sur le maintien des personnes détenues en isolement de jour comme de nuit) est sur le point d'être adopté dans les prisons européennes, Gosse et d'autres médecins suisses s'interrogent sur l'effet du milieu carcéral sur la santé mentale des personnes détenues. Dans son ouvrage *Examen médical et philosophique du système pénitentiaire* publié en 1837, Gosse émet l'hypothèse que « la vie sédentaire, liée à un système rigoureux de contrainte pénitentiaire, dans l'isolement relatif, ou avec absence de travail » puisse favoriser « le développement de maladies graves, et en particulier celui des aliénations mentales » [61]. Dans le même temps, Coindet, médecin exerçant dans l'hospice des aliénés du canton de Genève, remarque que les patients qui lui sont envoyés du centre pénitentiaire voisin présentent plus souvent des « hallucinations du sens de l'ouïe » que « les aliénés en général ». D'après ses observations, ces hallucinations ont une forme invariable : « les malades [sont] poursuivis sans relâche et en tous lieux par des voix (particulièrement celles du directeur de prison) qui leur [reprochent] leurs fautes, les [réprimandent], les [menacent], et qui, commandant toutes leurs actions, leur [ôtent] la faculté de vouloir ou de faire usage de leur libre arbitre » [61]. En France, quelques années plus tard, dans sa *Note sur la fréquence de la folie chez les prisonniers*, Baillarger dénonce la présence de

nombreuses personnes présentant des troubles psychiatriques en prison. Selon lui, « les cas d'aliénation dans les prisons sont quatre, cinq ou même six fois plus nombreux, toutes choses égales d'ailleurs, que dans la population libre » [4]. Un débat est désormais ouvert pour savoir dans quelle mesure le régime pénitentiaire influe sur le développement de troubles psychiatriques. Par exemple, si pour Baillarger, « [le régime cellulaire] ne peut pas être par lui-même une cause spéciale de folie » [4], Carrière, son contemporain, objecte : « Eh bien ! Ne fût-ce que le souvenir du passé combiné avec l'uniformité d'impression [...] dont la monotone continuité agit sans cesse sur l'esprit du prisonnier, n'est-ce pas assez pour donner lieu à des altérations de la raison, pour déterminer la folie ? » [19].

La description détaillée des troubles observés chez certaines personnes détenues et leur regroupement au sein de nouvelles entités nosologiques reviennent aux aliénistes allemands de la seconde moitié du XIX^e siècle. Plusieurs syndromes sont décrits : la « paranoïa du criminel » par Delbrück en 1853, la « paranoïa de prison » de Sommer en 1884, ou encore le « syndrome de Ganser » en 1898 [80]. Quelques années plus tard, Kraepelin publie un essai sur les *Troubles mentaux psychogènes carcéraux* [68]. Il y distingue les psychoses non spécifiques, correspondant pour la plupart à des tableaux de « démence précoce » auxquels les « impressions psychiques particulières de la détention sont capables de donner une teinte particulière » et les « psychoses des détenus », plus spécifiques, provoquées par l'emprisonnement, bien souvent caractérisées par la présence d'idées délirantes de persécution dirigées contre les personnels de l'administration pénitentiaire et les représentants de la Justice, et parfois accompagnées d'un délire d'innocence [79].

Si le concept de « psychoses carcérales » n'est aujourd'hui plus considéré comme pertinent du fait des réalités multiples qu'il recouvre, ces premiers constats, parfois encore d'actualité, ont ouvert la voie à l'étude des liens complexes entre troubles psychiatriques et environnement carcéral.

2.4. Jean-Pierre Bouchard : Que sait-on de l'épidémiologie actuelle des troubles psychiatriques dans les prisons françaises ?

Thomas Fovet et Marion Eck : Cela fait plusieurs dizaines d'années que les données épidémiologiques permettent d'affirmer l'importante prévalence des troubles psychiatriques en population carcérale en France et dans le monde [49]. Une surreprésentation par rapport à la population générale est établie pour de nombreux troubles : le trouble dépressif caractérisé, les troubles psychotiques [33], le trouble bipolaire [41], le trouble de stress post-traumatique [5,13,54,55], les troubles de l'usage de substances [35] et les troubles neuro-développementaux comme le trouble du déficit de l'attention avec/sans hyperactivité [9]. Certaines entités cliniques, comme le syndrome catatonique, sont aussi régulièrement rencontrées en pratique clinique mais n'ont pas fait l'objet d'études épidémiologiques [28].

En France, de nombreux rapports de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) alertent sur la santé mentale en milieu pénitentiaire dès la fin des années 1990 [21,75,76]. Plusieurs études épidémiologiques sont également publiées au début des années 2000 [27,82], en particulier le travail de Falissard et al., qui fait aujourd'hui référence dans le domaine [32]. Cette étude menée sur un échantillon de 799 hommes, au sein de 20 établissements pénitentiaires (maisons d'arrêt et établissements pour peine) indique que 36 % des personnes incarcérées présentent au moins une maladie psychiatrique de gravité marquée à sévère (soit une cotation 5, 6 ou 7 à l'échelle d'Impression Clinique Globale).

Récemment, une enquête épidémiologique régionale (*Santé en population carcérale*) a également été réalisée à l'entrée en

détention dans le Nord et le Pas-de-Calais [48]. Ses résultats montrent qu'environ les deux tiers des personnes entrant en maison d'arrêt présentent au moins un trouble psychiatrique (hors troubles de la personnalité) ou un trouble de l'usage de substances. Par comparaison avec la population générale de même âge, de même sexe et vivant au sein des mêmes départements, les troubles psychiatriques apparaissent ainsi environ trois fois plus fréquents à l'entrée en détention. Les troubles de l'usage de substances, quant à eux, le sont près de huit fois. Un travail national visant à évaluer la santé mentale à la sortie de maison d'arrêt (*Santé mentale en population carcérale sortante, SPCS*) est également en cours ; les premiers résultats sont attendus pour la fin de l'année 2022.

Les troubles psychiatriques et de l'usage de substances sont donc particulièrement fréquents en milieu carcéral, mais c'est surtout leur co-occurrence qui caractérise la population carcérale [1,67]. L'étude *Santé en population carcérale* menée dans les Hauts-de-France a pu montrer que les troubles de l'usage de substances (alcool et drogues illicites) sont plus étroitement associés à des troubles psychiatriques concomitants chez les hommes récemment incarcérés qu'en population générale masculine [56]. Le double diagnostic concerne environ 40 % des personnes détenues dans plusieurs études [48,77] et la triade trouble psychiatrique sévère (épisode dépressif caractérisé, trouble bipolaire, trouble psychotique), trouble de l'usage de substances et trouble de la personnalité est également fréquemment identifiée [77].

Toutefois, il est important de souligner que la majorité des travaux épidémiologiques français menés en population carcérale concernent les hommes incarcérés. Très peu de données sont actuellement disponibles sur l'état de santé des femmes en prison alors que les études internationales indiquent que celui-ci est extrêmement précaire [7]. Il en est de même pour les mineurs [17] et les sujets âgés [42] incarcérés.

2.5. Jean-Pierre Bouchard : La présence de personnes détenues souffrant de troubles psychiatriques au sein des prisons en France n'est pas récente. Que prévoit la législation française pour limiter leur incarcération ?

Thomas Fovet et Marion Eck : La présence de personnes détenues souffrant de troubles psychiatriques est effectivement observée depuis la naissance de la prison moderne, et a fluctué depuis, au gré des évolutions institutionnelles psychiatriques et du cadre législatif français [50].

Afin de limiter l'incarcération de personnes souffrant de troubles psychiatriques, plusieurs systèmes de repérage et

d'orientation des personnes malades vers les dispositifs sanitaires existent tout au long de la chaîne pénale (voir Fig. 1).

D'abord, au moment de la garde à vue, la personne peut bénéficier d'un examen psychiatrique à sa demande, à la demande de sa famille, d'office (à la demande du procureur de la République ou de l'Officier de police judiciaire), ou à la demande d'un autre médecin pour avis spécialisé (cf. articles 63-1 et 63-3 du Code de procédure pénale). Cet examen n'est systématique que lorsque la garde à vue concerne un mineur âgé de moins de 16 ans, ou lorsque la garde à vue se prolonge. Il est réalisé sur réquisition judiciaire, et a pour objectif de déterminer la compatibilité de l'état de santé mentale de l'intéressé avec son maintien en garde à vue et, en cas d'incompatibilité, de l'orienter vers le secteur de psychiatrie générale.

Ensuite, pendant l'instruction ou au moment du jugement (ou avant, au stade de la plainte), le Juge (ou le Parquet) peut ordonner une expertise psychiatrique de responsabilité. C'est sur cette expertise que s'appuie la procédure d'irresponsabilité pénale en France, celle-ci opposant depuis le XIX^e siècle les malades irresponsables relevant de soins psychiatriques et les auteurs d'infractions responsables, donc punis. L'expertise psychiatrique de responsabilité est aujourd'hui encadrée par l'article 122-1 du Code pénal, qui décline trois degrés de responsabilité en fonction de l'état mental du sujet au moment des faits :

- la responsabilité pénale entière ;
- la responsabilité pénale atténuée via l'altération du discernement (alinéa 2) ;
- et l'irresponsabilité pénale via l'abolition du discernement (alinéa 1).

Le devenir des personnes expertisées varie totalement en fonction du degré de responsabilité retenu par le juge : les personnes déclarées responsables ou dont la responsabilité a été considérée comme atténuée sont incarcérées (en cas de responsabilité pénale atténuée, la loi précise que la peine de prison peut être réduite), tandis que les personnes déclarées irresponsables sortent du champ de la justice et sont orientées vers le secteur de psychiatrie générale [14].

Enfin, en cours d'incarcération, « les condamnés dont il est établi qu'ils sont atteints d'une pathologie engageant le pronostic vital ou que leur état de santé physique ou mentale est durablement incompatible avec le maintien en détention » peuvent faire l'objet d'une suspension de peine pour raison médicale conformément à l'article 720-1-1 du Code de procédure pénale (à une condition toutefois : qu'il n'existe pas de « risque grave de renouvellement de

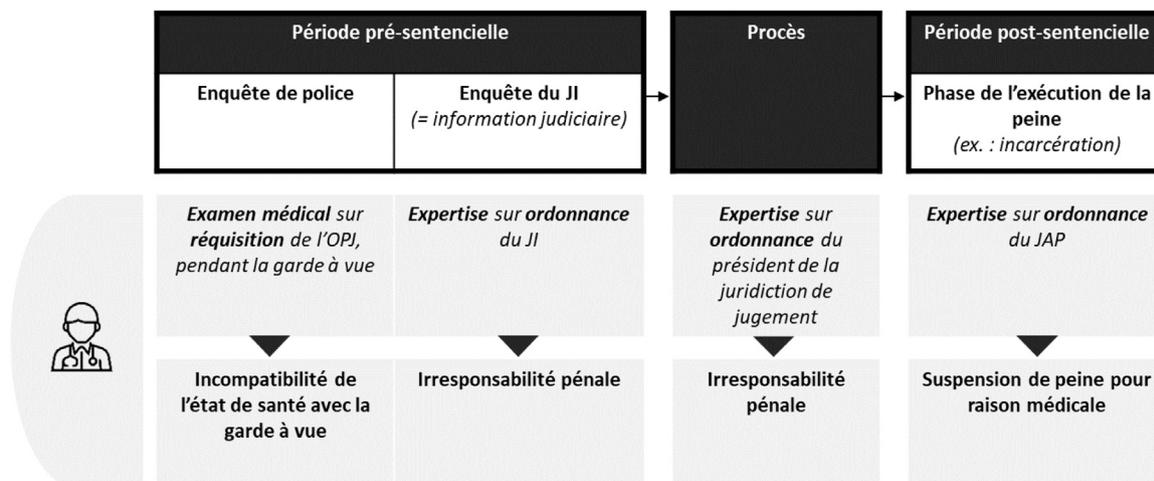


Fig. 1. Orientations vers les dispositifs sanitaires possibles pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques au long de la chaîne pénale. JI : Juge d'instruction ; OPJ : Officier de police judiciaire ; JAP : Juge d'application des peines.

l'infraction »). Cette suspension est ordonnée au vu d'une expertise ou, en cas d'urgence, d'un certificat médical rédigé par un médecin exerçant dans la structure sanitaire de la prison dans laquelle est prise en charge la personne détenue. L'exécution de la peine est alors suspendue, et la personne concernée est orientée vers une structure de soins adaptée, en milieu libre [22].

2.6. Jean-Pierre Bouchard : Comment expliquer, alors, que les personnes souffrant de troubles psychiatriques soient si nombreuses en détention ?

Thomas Fovet et Marion Eck : Aujourd'hui, l'une des hypothèses avancées pour expliquer la présence de troubles psychiatriques chez les personnes détenues est celle d'une défaillance des trois « filtres » énoncés à la question précédente.

Premièrement, si l'examen psychiatrique des personnes placées en garde à vue permet en théorie d'éviter l'incarcération de personnes présentant des troubles psychiatriques décompensés, encore faut-il qu'il soit réalisé. Cet examen est en pratique loin d'être systématique : environ la moitié des placements en garde à vue donneraient lieu à des examens médicaux [20,60], la proportion d'examen psychiatriques étant vraisemblablement largement inférieure. De plus, les nombreuses ambiguïtés encadrant cette pratique, les questions souvent inadaptées posées au psychiatre par l'autorité judiciaire, et le manque de formation des praticiens rendent cet exercice difficile et parfois piégeux pour les psychiatres réquisitionnés [24]. Une étude récente réalisée sur un échantillon de psychiatres a montré que les modalités de réponses à une réquisition étaient encore imparfaitement connues, soulignant le manque de formation des praticiens [31]. Par ailleurs, quand ce filtre fonctionne, il n'est pas rare que la personne soit hospitalisée uniquement sur le temps nécessaire à la réduction des symptômes aigus avant d'être incarcérée dans la foulée [86].

Deuxièmement, si la procédure d'irresponsabilité pénale doit constituer un filtre efficace, elle soulève en pratique de nombreux problèmes. D'abord, l'expertise psychiatrique de responsabilité a parfois lieu des mois, voire des années après le début d'une détention provisoire, contraignant une personne souffrant de troubles psychiatriques parfois lourds à rester incarcérée en attendant la déclaration d'irresponsabilité pénale. Ensuite, on observe depuis un certain nombre d'années une tendance à la responsabilisation des personnes présentant des troubles psychiatriques. Une chute des déclarations d'irresponsabilité pour cause de trouble mental serait observée depuis les années 1980, se prolongeant dans les années 1990, avant de se stabiliser à la baisse dans les années 2000 [83,85] et 2010 [38]. En parallèle, l'incidence de l'application de l'alinéa 2 de l'article 122-1 aurait accentué le phénomène étant donné que les personnes concernées passent bien souvent plus de temps derrière les barreaux que les personnes déclarées pleinement responsables (peine prononcée plus longue – car le tribunal peut décider de ne pas appliquer la réduction de peine énoncée dans l'article 122-1, et remises de peine plus rares) [12,86]. Enfin, si l'expertise psychiatrique est quasi-systématique en matière criminelle, elle fait souvent défaut dans le cadre des procédures correctionnelles et fait figure d'exception en cas de comparution immédiate, procédure utilisée de plus en plus fréquemment, qualifiée de « machine à enfermer » [64] et considérée comme « une des voies privilégiées de responsabilisation des personnes atteintes de troubles mentaux » [6].

Troisièmement, la mesure de suspension de peine pour raison psychiatrique est rarement demandée par les psychiatres, difficile à mettre en place et exceptionnellement accordée par les magistrats [22]. Ainsi, des personnes souffrant de troubles psychotiques graves restent parfois incarcérées pendant plusieurs dizaines d'années dans des conditions défavorables aux soins, en centre de détention ou en maison centrale [12].

En plus de ces filtres dysfonctionnels, il existe d'autres hypothèses explicatives. D'abord, la politique de « désinstitutionnalisation » de la psychiatrie amorcée à la fin du XX^e siècle, gérée en France comme une « déshospitalisation » (diminution du nombre de lits et réduction de la durée des séjours à l'hôpital sans création de services ouverts adaptés), a probablement participé à l'incarcération des personnes souffrant de troubles psychiatriques avec comorbidités addictives et troubles du comportement, les moins intégrées socialement, plus susceptibles de tomber dans un cercle vicieux « prison – rue – hôpital psychiatrique » [46,87]. Plusieurs travaux ont effectivement pu montrer une corrélation inverse entre les taux d'hospitalisation en psychiatrie et les taux d'incarcération dans différentes régions du monde [78,84,90].

Ensuite, l'amélioration de l'accès aux soins de santé mentale en prison, avec notamment la création des Unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) [23,37,52,59,73], a pu avoir pour effet paradoxal de renforcer l'idée que la prison serait un lieu adapté à la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiatriques (voir [39] pour un bilan d'activité de ces structures depuis leur création). En effet, les personnes détenues au « profil psychiatrique » sont orientées préférentiellement vers les prisons les mieux dotées en soignants et/ou les plus proches d'une UHSA (cf. circulaire du 21 février 2012 relative à l'orientation en établissement pénitentiaire des personnes détenues), et il n'est pas rare que les UHSA soient assimilées à tort par certains magistrats ou experts psychiatriques à des « hôpitaux-prisons » au sein desquels l'intégralité d'une peine d'emprisonnement pourrait être exécutée [29].

Enfin, si l'environnement carcéral français constitue incontestablement un obstacle aux soins des personnes malades, il est difficile d'exclure l'hypothèse selon laquelle il serait par lui-même franchement délétère sur la santé mentale [36,43,46,85].

2.7. Jean-Pierre Bouchard : Les troubles psychiatriques présentés par les personnes détenues en France sont-ils antérieurs ou postérieurs à leur incarcération ?

Thomas Fovet et Marion Eck : On retrouve, en pratique quotidienne, une large variété de situations allant des personnes qui souffrent d'un trouble psychiatrique présent avant leur incarcération (ce qu'a pu largement confirmer l'étude *Santé en population carcérale* menée à l'entrée en maison d'arrêt dans le Nord et le Pas-de-Calais) à celles qui présenteront une décompensation inaugurale au sein de la prison. Une part importante des situations cliniques peut être positionnée entre ces deux extrêmes, c'est-à-dire des personnes présentant des facteurs de vulnérabilité multiples (antécédents de maltraitance dans l'enfance, parcours de migration, etc.) et qui vont, sous l'influence des facteurs de stress de la détention (isolement affectif, violence, consommations de cannabis, etc.), développer un trouble psychiatrique caractérisé [53].

La variété des séquences chronologiques qui peuvent être retrouvées entre développement des premiers symptômes, incarcération et accès aux soins est importante. Ainsi, la survenue des premiers symptômes peut précéder ou suivre (de près ou de loin) l'entrée en incarcération (voir [74] pour l'étude descriptive d'une série de dix personnes hospitalisées consécutivement en UHSA pour la prise en charge d'un premier épisode psychotique par exemple).

2.8. Jean-Pierre Bouchard : A propos des troubles psychotiques en prison, que peut-on en dire actuellement ?

Thomas Fovet et Marion Eck : La surreprésentation des troubles psychotiques en prison par rapport à la population générale est aujourd'hui bien établie puisque leur prévalence est évaluée à 3,6 % chez les hommes et 3,9 % chez les femmes en incarcération selon une méta-analyse internationale [33]. En ce qui concerne les

tableaux cliniques rencontrés, certaines études indiquent des profils similaires entre populations incarcérées et non incarcérées [16] mais des travaux plus récents mettent en évidence la surreprésentation de certaines dimensions symptomatiques comme l'hostilité ou les symptômes positifs et maniaques en population carcérale [11]. Comme évoqué précédemment, la co-occurrence troubles psychotiques/troubles de l'usage de substances est également particulièrement fréquente en prison [10,88].

En France, l'étude *Santé en population carcérale* menée dans le Nord et le Pas-de-Calais a abouti à des résultats dans la lignée de ces constats [47]. La prévalence des troubles psychotiques y est de 7 % (contre 2,6 % en population générale). De manière tout à fait intéressante, la prévalence des symptômes psychotiques isolés (sans trouble psychotique) est quant à elle supérieure en population générale, suggérant que les hauts niveaux de vulnérabilité retrouvés en population carcérale, associés à une exposition importante aux facteurs d'adversité particulièrement fréquents en prison aboutissent généralement au développement d'un trouble psychotique (et non à des symptômes isolés). Par ailleurs, dans plus de 50 % des cas, on retrouve un trouble de l'usage de substances associé au trouble psychotique en population carcérale (le chiffre est de 10 % en population générale). En ce qui concerne la sémiologie psychotique, des particularités sont également identifiées : par exemple, la co-occurrence d'hallucinations visuelles et auditives est deux fois plus fréquente en prison qu'en population générale. Ces hallucinations bimodales pourraient être associées à un poids neurodéveloppemental plus important [18], ce qui peut être rapproché des prévalences élevées pour les troubles neurodéveloppementaux [91] et la déficience intellectuelle [34] en milieu pénitentiaire. Les troubles de la familiarité constituent un autre exemple d'une dimension symptomatique qui peut être fréquemment repérée en pratique clinique. Ceci pourrait s'expliquer par le lien entre les syndromes délirants d'identification (en particulierité l'hypofamiliarité retrouvée dans le syndrome de Capgras), la schizophrénie et les comportements violents [65,66].

2.9. Jean-Pierre Bouchard : Au total, peut-on aujourd'hui, mesurer l'impact de la prison sur la santé mentale des personnes incarcérées ?

Thomas Fovet et Marion Eck : L'exercice de la psychiatrie en milieu carcéral permet de constater au quotidien l'impact des facteurs de stress de la détention sur la santé mentale des personnes incarcérées. L'effet particulièrement délétère de l'isolement prolongé [62] ou la détention provisoire [30,63], par exemple, est bien documenté. Toutefois, très peu d'études longitudinales permettant d'explorer finement l'évolution de la santé mentale des personnes au cours de la période de détention ont été menées jusqu'à présent. Parmi les travaux existant, certains ont pu paradoxalement mettre en évidence une amélioration de l'état de santé mentale au cours de l'incarcération, ce qui reflète probablement des mécanismes d'adaptation à l'environnement pénitentiaire faisant suite au « choc carcéral » de l'entrée en détention [3,57,89]. Toutefois, ces améliorations semblent être dépendantes des conditions d'incarcération. Il a notamment été montré que les extrêmes de densité carcérale (isolement ou surpopulation importante) sont associés à une santé mentale plus précaire [89]. L'accès à un travail rémunéré ou à une formation semble également corrélé aux évolutions les plus favorables [57]. Une étude épidémiologique longitudinale visant à évaluer l'évolution de la santé mentale au cours des premiers mois en maison d'arrêt en France devrait être lancée en fin d'année et permettra d'éclairer encore un peu plus cette question.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Abram KM, Zwecker NA, Welty LJ, et al. Comorbidity and continuity of psychiatric disorders in youth after detention: a prospective longitudinal study. *JAMA Psychiatry* 2015;72:84–93. <http://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.1375>.
- [2] Amad A, Fovet T. Itinéraires de patients souffrant de troubles psychiatriques en prison : passé, présent et devenir après l'incarcération. *Lett Psychiatr* 2014;10:176–7.
- [3] Baier A, Fritsch R, Ignatyev Y, et al. The course of major depression during imprisonment – A one-year cohort study. *J Affect Disord* 2015;189:207–13. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2015.09.003>.
- [4] Baillarger J. Folie pénitentiaire. Note sur les causes de la fréquence de la folie chez les prisonniers. In: *Revue pénitentiaire et des institutions préventives, dans les deux mondes*. Tome 2. Paris: Marc-Aurel; 1846. p. 33–7.
- [5] Baranyi G, Cassidy M, Fazel S, et al. Prevalence of posttraumatic stress disorder in prisoners. *Epidemiol Rev* 2018;40:134–45. <http://dx.doi.org/10.1093/epi-REV/mxx015>.
- [6] Barbier G, Demontès C, Lecerc J, et al. Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales et de la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du Règlement et d'administration générale, par le groupe de travail sur la prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux ayant commis des infractions. Paris: Sénat; 2010.
- [7] Bartlett A, Hollins S. Challenges and mental health needs of women in prison. *Br J Psychiatry* 2018;212:134–6. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.2017.42>.
- [8] Bas P, Buffet F-N, Collombat PY, et al. Rapport d'information fait au nom de la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du Règlement et de l'administration générale : COVID-19 : deuxième rapport d'étape sur la mise en œuvre de l'état d'urgence sanitaire. Paris: Sénat; 2020.
- [9] Beaudry G, Yu R, Långström N, Fazel S. An updated systematic review and meta-regression analysis: mental disorders among adolescents in juvenile detention and correctional facilities. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2021;60:46–60. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2020.01.015>.
- [10] Bebbington P, Jakobowitz S, McKenzie N, et al. Assessing needs for psychiatric treatment in prisoners: 1. Prevalence of disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2017;52:221–9. <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-016-1311-7>.
- [11] van Beek J, Vuijk PJ, Harte JM, et al. Symptom profile of psychiatric patients with psychosis or psychotic mood disorder in prison. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 2018;62:4158–73. <http://dx.doi.org/10.1177/0306624X18757116>.
- [12] Beigné M, Lamer A, Eck M, et al. Parcours de soins et expertises psychiatriques pré-sentencielles : une étude descriptive au centre pénitentiaire de Château-Thierry. *Encephale* 2022. <http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2021.12.001>.
- [13] Belet B, D'Hondt F, Horn M, et al. [Post-traumatic stress disorder in prison]. *Encephale* 2020;46:493–9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2020.04.017>.
- [14] Bouchard JP. Irresponsabilité et responsabilité pénales : faut-il réformer l'article 122-1 du Code pénal français ? *Ann Med Psychol* 2018;176:421–4. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2018.02.007>.
- [15] Billet E. Vieillesse(s) carcérale(s). In: *Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques*. France: DAP/PMJ5; 2013.
- [16] Brugha T, Singleton N, Meltzer H, et al. Psychosis in the community and in prisons: a report from the British National Survey of psychiatric morbidity. *Am J Psychiatry* 2005;162:774–80. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.162.4.774>.
- [17] Buyle-Bodin S, Amad A, Medjkane F, et al. [Socio-demographic and clinical characteristics of adolescents hospitalized in French units for inmates: results of a cross-sectional study]. *Encephale* 2019;45:207–13. <http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2018.07.008>.
- [18] Cachia A, Amad A, Brunelin J, et al. Deviations in cortex sulcation associated with visual hallucinations in schizophrenia. *Mol Psychiatry* 2015;20:1101–7. <http://dx.doi.org/10.1038/mp.2014.140>.
- [19] Carrière E. Variétés. Au rédacteur. Paris: Gazette Médicale de Paris; 1840. p. 191–2.
- [20] Chariot P, Beaufrère A, Denis C, et al. Detainees in police custody in the Paris, France area: medical data and high-risk situations (a prospective study over 1 year). *Int J Legal Med* 2014;128:853–60. <http://dx.doi.org/10.1007/s00414-014-0990-4>.
- [21] Coldefy M, Faure P, Prieto N. La santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus accueillis par les services médico-psychologiques régionaux. *Etudes Resultats* 2002;181:1–12.
- [22] David M. La suspension de peine pour raison médicale. *Info Psychiatr* 2014;90:8–10.
- [23] De Labroue D, Plancke L, Amad A, et al. Hospitalization in French forensic units: results of a patient satisfaction survey. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2017;65:285–94. <http://dx.doi.org/10.1016/j.respe.2017.03.129>.
- [24] Delpla PA. Importance et pièges des réquisitions en psychiatrie. *Ann Med Psychol* 2006;164:864–7.
- [25] Direction de l'Administration Pénitentiaire. *Séries statistiques des personnes placées sous main de justice – 1980–2014*; 2014.
- [26] Direction de l'Administration Pénitentiaire, Bureau des Études et de la Prospective. *Statistiques trimestrielles de la population prise en charge en milieu fermé – Mouvements au cours du 4^e trimestre 2012 – Situation au 1^{er} janvier 2013*; 2013.
- [27] Duhamel A, Renard JM, Nuttens MC, et al. Social and health status of arrivals in a French prison: a consecutive case study from 1989 to 1995. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2001;49:229–38.

- [28] Eck M, Amad A, Horn M, et al. Don't forget about catatonia hidden behind bars. *Aust N Z J Psychiatry* 2021;55:1209–10. <http://dx.doi.org/10.1177/0004867421998782> [4867421998782].
- [29] Eck M, Plancke L, Horn M, et al. Offre de soins et recours aux hospitalisations psychiatriques en milieu pénitentiaire : une étude observationnelle dans le Nord de la France. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2020;68:273–81. <http://dx.doi.org/10.1016/j.respe.2020.06.005>.
- [30] Eck M, Scoufflaire T, Debien C, et al. [Suicide in prison: epidemiology and prevention]. *Presse Med* 2019;48:46–54. <http://dx.doi.org/10.1016/j.lpm.2018.11.009>.
- [31] Eck M, Simonet J, Vincent C, et al. Examen psychiatrique des personnes placées en garde à vue en France : une enquête nationale auprès d'un échantillon de psychiatres. *Ann Med Psychol* 2022. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2022.08.016> [ISSN 0003-4487. Sous presse].
- [32] Falissard B, Loze JY, Gasquet I, et al. Prevalence of mental disorders in French prisons for men. *BMC Psychiatry* 2006;6:33. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-244X-6-33>.
- [33] Fazel S, Seewald K. Severe mental illness in 33,588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. *Br J Psychiatry* 2012;200:364–73. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.111.096370>.
- [34] Fazel S, Xenitidis K, Powell J. The prevalence of intellectual disabilities among 12,000 prisoners – a systematic review. *Int J Law Psychiatry* 2008;31:369–73. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijlps.2008.06.001>.
- [35] Fazel S, Yoon IA, Hayes AJ. Substance use disorders in prisoners: an updated systematic review and meta-regression analysis in recently incarcerated men and women. *Addiction* 2017;112:1725–39. <http://dx.doi.org/10.1111/add.13877>.
- [36] Fovet T, Amad A, Adins C, et al. [Psychotropic drugs in prison]. *Presse Med* 2014;43:520–8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.lpm.2013.08.005>.
- [37] Fovet T, Amad A, Horn M, et al. Utilization of hospital-level mental health care services for inmates in France: a transversal study. *Psychiatr Serv* 2020;71:824–8. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.201900497> [201900497].
- [38] Fovet T, Baillet M, Horn M, et al. Psychiatric hospitalizations of people found not criminally responsible on account of mental disorder in France: a ten-year retrospective study (2011–2020). *Front Psychiatry* 2022;13:812790. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsy.2022.812790>.
- [39] Fovet T, Chan-Chee C, Baillet M, et al. Psychiatric hospitalizations for people who are incarcerated, 2009–2019: an 11-year retrospective longitudinal study in France. *eClinicalMedicine* 2022;46. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101374>.
- [40] Fovet T, David M. Psychiatrie en milieu pénitentiaire. *EMC Psychiatrie* 2021;38:1–18.
- [41] Fovet T, Geoffroy PA, Vaiva G, et al. Individuals with bipolar disorder and their relationship with the criminal justice system: a critical review. *Psychiatr Serv* 2015;66:348–53. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.201400104>.
- [42] Fovet T, Geoffroy PA, Vaiva G, et al. [Psychiatry in elderly prisoners]. *Encephale* 2016;42:177–82. <http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2015.11.002>.
- [43] Fovet T, Horn M, Thomas P, et al. Is prison truly a good place to be cared for? *Acta Psychiatr Scand* 2019;139:206–7. <http://dx.doi.org/10.1111/acps.12985>.
- [44] Fovet T, Lamer A, Teston R, et al. Access to a scheduled psychiatric community consultation for prisoners with mood disorders during the immediate post-release period. *J Affect Disord Rep* 2021;4:100088. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100088>.
- [45] Fovet T, Lancelevée C, Eck M, et al. Prisons confinées : quelles conséquences pour les soins psychiatriques et la santé mentale des personnes détenues en France ? *Encephale* 2020;46:S60–5. <http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2020.05.002>.
- [46] Fovet T, Lancelevée C, Thomas P. Santé mentale et justice pénale en France : état des lieux et problématiques émergentes. *Bull Acad Natl Med* 2022;206:301–9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.banm.2021.10.011>.
- [47] Fovet T, Pignon B, Wathélet M, et al. Admission to jail and psychotic symptoms: a study of the psychotic continuum in a sample of recently incarcerated men. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2022. <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-022-02339-2>.
- [48] Fovet T, Plancke L, Amarieï A, et al. Mental disorders on admission to jail: a study of prevalence and a comparison with a community sample in the north of France. *Eur Psychiatry* 2020;63:e43. <http://dx.doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.38>.
- [49] Fovet T, Plancke L, Thomas P. Prévalence des troubles psychiatriques en prison. *Sante Ment* 2018;227:32–8.
- [50] Fovet T, Thibaut F, Parsons A, et al. Mental health and the criminal justice system in France: a narrative review. *Forensic Sci Int Mind Law* 2020;1:100028. <http://dx.doi.org/10.1016/j.fsml.2020.100028>.
- [51] Fovet T, Thibaut F, Thomas P, et al. French forensic mental health system during the COVID-19 pandemic. *Forensic Sci Int Mind Law* 2020;1:100034. <http://dx.doi.org/10.1016/j.fsml.2020.100034>.
- [52] Fovet T, Thomas P, Adins C, et al. France's forensic psychiatry provision: the long and winding road. *Lancet Psychiatry* 2015;2:e20. [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00272-2](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00272-2).
- [53] Fovet T, Thomas P, Amad A. Psychiatrie en milieu pénitentiaire : une sémiologie à part ? *Ann Med Psychol* 2015;173:726–30.
- [54] Fovet T, Wathélet M, Amad A, et al. Trauma exposure and PTSD among men entering jail: a comparative study with the general population. *J Psychiatr Res* 2021;145:205–12. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.12.014>.
- [55] Fovet T, Wathélet M, Amad A, et al. PTSD in prison settings: The need for direct comparisons with the general population. *Psychol Med* 2021;1–3. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291721000507>.
- [56] Fovet T, Wathélet M, Benbouriche M, et al. Substance use, substance use disorders, and co-occurring psychiatric disorders in recently incarcerated men: a comparison with the general population. *Eur Addict Res* 2022;28:368–76. <http://dx.doi.org/10.1159/000526079> [Sous presse].
- [57] Gabrysch C, Fritsch R, Priebe S, et al. Mental disorders and mental health symptoms during imprisonment: a three-year follow-up study. *PLoS One* 2019;14:e0213711. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0213711>.
- [58] Gautron V, Retière JN. La décision judiciaire : jugements pénaux ou jugements sociaux ? *Mouvements* 2016;88:11–8.
- [59] Gharib A, Hieulle A, Amad A, et al. [General medical care in French psychiatric units for inmates: a national survey]. *Encephale* 2019;45:139–46. <http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2018.06.004>.
- [60] Gilard-Pioc S, Dang-Hauter C, Denis C, et al. Personnes placées en garde à vue en Seine-Saint-Denis : données médicales et situations à risque, étude descriptive. *Presse Med* 2013;42:e293–9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.lpm.2013.01.055>.
- [61] Gosse LA. Examen médical et philosophique du système pénitentiaire. *Lyon Public Library: Lador et Ramboz; 1838*. p. 1–303.
- [62] Hagan BO, Wang EA, Aminawung JA, Transitions Clinic Network, et al. History of solitary confinement is associated with post-traumatic stress disorder symptoms among individuals recently released from prison. *J Urban Health* 2018;95:141–8. <http://dx.doi.org/10.1007/s11524-017-0138-1>.
- [63] Hassan L, Birmingham L, Harty MA, et al. Prospective cohort study of mental health during imprisonment. *Br J Psychiatry* 2011;198:37–42. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.110.080333>.
- [64] Heinich L, Tricaud D. Il faut supprimer les comparutions immédiates. *Le Monde*; 2016 [https://www.lemonde.fr/idees/article/2016/11/08/il-faut-supprimer-les-comparutions-immediatates_5027023_3232.html].
- [65] Horn M, D'Hondt F, Gharib A, et al. Association between familiarity disorders and serious violence among inmates with schizophrenia. *Schizophr Res* 2018;193:447–8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2017.06.031>.
- [66] Horn M, Pins D, Vaiva G, et al. Delusional misidentification syndromes: a factor associated with violence? Literature review of case reports. *Encephale* 2018;44:372–8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2017.12.010>.
- [67] Ignatyev Y, Baggio S, Mundt AP. The underlying structure of comorbid mental health and substance use disorders in prison populations. *Psychopathology* 2019;52:2–9. <http://dx.doi.org/10.1159/000495844>.
- [68] Kraepelin E. Troubles mentaux psychogènes carcéraux. Suivi de Les formes de manifestation de la folie. Paris: L'Harmattan; 2013.
- [69] Lancelevée C, Scheer D. La prison : réalités et paradoxes. Clermont-Ferrand: Presses Universitaires Blaise-Pascal; 2019.
- [70] Martineau C, Bouchard JP. Les détenus âgés et pathologiques : un nouvel enjeu sanitaire et pénitentiaire. *Rev Infirm* 2018;67:22–3.
- [71] Ministère de la Justice, Direction de l'Administration Pénitentiaire, Bureau de la donnée (DAP/SDEX/EX3). Statistiques des établissements des personnes écrouées en France – 1^{er} janvier 2022; 2022.
- [72] Ministère de la Justice, Secrétariat Général, Sous-Direction de la Statistique et des Études. Statistiques trimestrielles de milieu fermé au 31 mars 2022; 2022.
- [73] Moncany AH, Dandelot D, Bouchard JP. Entre détention et psychiatrie, les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) pour prendre en charge les personnes détenues dont l'état psychique relève d'une hospitalisation. *Ann Med Psychol* 2019;177:295–301. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2019.01.004>.
- [74] Mouchonnet M. Premier épisode psychotique en milieu carcéral : une étude descriptive à l'UHSA de Seclin. [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine] Faculté de Médecine de Lille; 2021.
- [75] Mouquet MC. La santé des personnes entrées en prison en 2003. *Études et résultats* 2005;4:1–12.
- [76] Mouquet MC, Dumont M, Bonnevie MC. La santé en prison: un cumul de facteurs de risque. *Études et résultats* 1999;386:1–10.
- [77] Mundt AP, Baranyi G. The unhappy mental health triad: comorbid severe mental illnesses, personality disorders, and substance use disorders in prison populations. *Front Psychiatry* 2020;11:804. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsy.2020.00804>.
- [78] Mundt AP, Chow WS, Arduino M, et al. Psychiatric hospital beds and prison populations in South America since 1990: does the Penrose hypothesis apply? *JAMA Psychiatry* 2015;72:112–8. <http://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.2433>.
- [79] Nèze L. Psychose carcérale : état des lieux. Un concept encore d'actualité ? Université Claude-Bernard – Lyon 1^{er}, Faculté de Médecine Lyon Est; 2014.
- [80] Nitsche PH, Willmanns K. The history of the prison psychoses. New York: Journal of Nervous and Mental Disease Publishing Company; 1912.
- [81] Plancke L, Gnfroy J, Lancelevée C, et al. Le risque d'incarcération des personnes suivies en psychiatrie. Une étude longitudinale rétrospective dans le département français de l'Oise à partir du Recueil d'informations médicalisé en psychiatrie. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2020;68:367–73. <http://dx.doi.org/10.1016/j.respe.2020.10.001>.
- [82] Prieto N, Faure P. The mental health of new prisoners or of those monitored in French prisons with "services medicopsychologiques régionaux" (SMRP, Regional Medical and Psychological Departments). *Encephale* 2004;30:525–31. [http://dx.doi.org/10.1016/s0013-7006\(04\)95466-8](http://dx.doi.org/10.1016/s0013-7006(04)95466-8).
- [83] Protas C. La restriction du champ de l'irresponsabilité pour cause de trouble mental depuis 1950. *Cah Justice* 2017;315–28. <http://dx.doi.org/10.3917/cdj.1702.0315>.
- [84] Raoult S, Harcourt BE. The mirror image of asylums and prisons..In: A study of institutionalization trends in France (1850–2010). 486. New York: Rochester; 2014.

- [85] Senon JL. Psychiatrie et prison : toujours dans le champ de l'actualité. *Ann Med Psychol* 2004;162:646–52. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2004.07.002>.
- [86] Thomas P. Prison : l'enjeu majeur des soins psychiatriques. *Sante Ment* 2018;26–31.
- [87] Thomas P, Fovet T, Amad A. Psychiatrie en milieu pénitentiaire, entre nécessité et ambiguïté. *Ann Med Psychol* 2015;173:348–51. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2015.03.020>.
- [88] Tyler N, Miles HL, Karadag B, et al. An updated picture of the mental health needs of male and female prisoners in the UK: prevalence, comorbidity, and gender differences. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2019;54:1143–52. <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-019-01690-1>.
- [89] Walker J, Illingworth C, Canning A, et al. Changes in mental state associated with prison environments: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand* 2014;129:427–36. <http://dx.doi.org/10.1111/acps.12221>.
- [90] Winkler P, Barrett B, McCrone P, et al. Deinstitutionalised patients, homelessness and imprisonment: systematic review. *Br J Psychiatry* 2016;208:421–8. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.114.161943>.
- [91] Young S, González RA, Mullens H, et al. Neurodevelopmental disorders in prison inmates: comorbidity and combined associations with psychiatric symptoms and behavioural disturbance. *Psychiatry Res* 2018;261:109–15. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2017.12.036>.