



UNIVERSITE DE LILLE 2 DROIT ET SANTE

FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2019

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Etat de la santé mentale des femmes incarcérées dans les Hauts de
France : étude épidémiologique descriptive**

Présentée et soutenue publiquement le 24 juin 2019 à 16 heures au
Pôle Recherche

Par Khémy MONROSE

JURY

Président : Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Ali AMAD

Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur Fabien AGNERAY

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs

Liste des abréviations :

AMM : autorisation de mise sur le marché

CEF : centre éducatif fermé

CER : centre éducatif renforcé

CD : centre de détention

CP : centre pénitentiaire

CPT : comité pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants

CSP : Code de la santé publique

DGS-DAP : Direction Générale de la Santé-Direction de l'Administration Pénitentiaire

DISP : direction interrégionale des services pénitentiaires

DREES : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DSP : dispositif de soins psychiatriques

ESPT : état de stress post traumatique

HdF : Hauts de France

ILS : infraction à la législation aux stupéfiants

INSEE : institut national de la statistique et des études économiques

LSC : libération sous contraintes

MA : maison d'arrêt

MCIT : mise en chambre d'isolement thérapeutique

MINI : *Mini International Neuropsychiatric Interview*

ONDRP : observatoire national de la réponse policière

RdB : Règles de Bangkok

SL : soins libres

SMPR : service médico-psychologique régional

SPDRE : soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat

SSJ : suivi socio-judiciaire

SME : sursis avec mise à l'épreuve

TIG : travaux d'intérêts généraux

UHSA : unité hospitalière spécialement aménagée.

UNODC : *United Nations Office on Drugs and Crime*

USMP : unité de soins médico-pénitentiaire

TABLE DES MATIERES

RESUME

INTRODUCTION	1
A. La Justice Pénale et les femmes	2
1. Historique de l'application de la Loi aux femmes	2
2. De l'infraction à la peine, une disparité des genres	4
a) Typologie de la délinquance au féminin	4
b) Perspective bio-psycho-sociale	5
c) Effet du genre sur la Loi	6
3. Réalités de la délinquance féminine	9
a) Généralités	9
b) Infractions généralement attribuées aux femmes	11
c) Infractions exceptionnelles chez les femmes	12
B. La prison au féminin.	14
1. Lieux d'incarcération.	14
a) Des quartiers femmes aux établissements réservés	14
b) Les unités mère-enfant	16
c) Le milieu ouvert	16
2. Spécificités du régime de détention des femmes	17
a) Législation	17
b) Non-mixité	18
c) Maintien des liens familiaux	19
3. Chiffres de la délinquance féminine	20
a) Les condamnations	20
b) Le profil des mises en cause	21
c) Des peines alternatives plus efficaces.	22
C. La santé mentale des détenues	24
1. Organisation des soins en santé mentale pour les détenues	24
a) Les unités sanitaires de niveau 1	25
b) Les unités sanitaires de niveau 2	25
c) Les unités sanitaires de niveau 3	26
2. Spécificités de la maladie mentale des détenues	27

3. Intérêts d'une focalisation sur la population carcérale féminine	30
METHODES	1
A. Problématique	1
B. Hypothèses	2
C. Description de L'étude	2
D. Population étudiée	3
E. Outils statistiques	4
RESULTATS	1
DISCUSSION	1
A. Réponse à la question principale	1
B. Limites et mises en perspectives	3
1. Exhaustivité du recueil	3
2. Manque de données	4
3. Perspectives	5
CONCLUSION	2
BIBLIOGRAPHIE	1
ANNEXES	1
Annexe 1	2
Annexe 2	3
Annexe 3	4
Annexe 4	5

TABLEAUX

Tableau 1. Répartition des femmes détenues par établissement au 1 ^{er} décembre 2018	14
Tableau 2. Prévalence des troubles mentaux chez les prisonniers des pays occidentaux par rapport à la population générale	28
Tableau 3. Caractéristiques des détenues de la région	1
Tableau 4. Proportion des principaux diagnostics retrouvés chez les détenues recensées dans les bases médico-administratives des USMP de la région en 2018 (N=434)	3
Tableau 5. Nombre de femmes hébergées selon le type d'infractions par établissement au sein de la DISP de Lille.	8
Tableau 6. Caractéristiques des femmes hospitalisées à l'UHSA durant l'année 2018	9
Tableau 7. Proportion des principaux diagnostics retrouvés chez les détenues décrites dans l'UF 7093 en 2018 (N=32)	10
Tableau 8. Comparaison des patientes en USMP vs UHSA	11
Tableau 9. Comparaison avec la population générale française féminine	13
Tableau 10. Comparaison avec les résultats retrouvés dans la littérature.	14
Tableau 11. Nombres de détenues recensées dans les 4 USMP des Hauts-de-France prenant en charge des femmes et nombre d'entrées au 1 ^{er} janvier 2018	3

FIGURES

Figure 1. Traitement judiciaire pénal selon le sexe de l'auteur des infractions en 2014	7
Figure 2. Courbe d'évolution mensuelle des femmes écrouées dans la DI de Lille depuis le 1er janvier 2018	15
Figure 3. Auteurs dans les affaires traitées par les parquets en 2017, selon le sexe et l'âge.	21
Figure 4. Proportions des pathologies psychiatriques retrouvées dans la population carcérale féminine des HdF en 2018.	5
Figure 5. Nombre de diagnostics par individu	7

RESUME

Introduction : Au 1er janvier 2018, 2975 femmes étaient écrouées, représentant 3,5% de la population carcérale française. Une proportion stable qui regroupe un nombre croissant de femmes, pour certaines porteuses ou vulnérables à des pathologies psychiatriques dont l'importance a été démontrée par plusieurs études. Cependant, peu d'entre elles se focalisent sur les femmes incarcérées. L'objectif de cette thèse est de caractériser la population carcérale féminine des Hauts de France en termes cliniques et sociodémographiques.

Méthode : Une étude observationnelle transversale et multicentrique a été réalisée, regroupant les informations concernant l'ensemble de la population de femmes détenues dans les établissements pénitenciers de la région Hauts de France au cours de l'année 2018. Des données anonymisées sociodémographiques, cliniques, judiciaires et de prise en charge ont été recueillies à partir du dossier médical des patients.

Résultats : Au total, 466 patientes ont été incluses durant l'année 2018. Il s'agit de femmes âgées en moyenne de 35,7 ans, pour la plupart célibataires (9,7%), 6% d'entre-elles sont mariées ou vivent maritalement, avec enfant(s). Elles sont pour la plupart condamnées (taux de prévenues entre 26,57 et 29,95 %) et principalement au motif d'atteintes aux personnes humaines. Les diagnostics principaux retenus sont les troubles de l'adaptation (23,8%), les troubles addictifs (34,6% dont 23,6% d'addiction aux substances illicites) et les troubles de personnalité (15,6%). Les prévalences retrouvées sont plus importantes qu'en population générale de même sexe d'un facteur allant de 7,5 à 19 selon les pathologies et les sources.

Conclusion : Outre son intérêt épidémiologique, cette étude souligne les particularités de cette population en termes de santé mentale. Une focalisation systématique permettrait une meilleure compréhension et une offre de soin adaptée aux besoins des femmes incarcérées.

INTRODUCTION

En France, les femmes ne représentent que 3,5% de la population carcérale au 1er janvier 2018. Une proportion stable qui n'a jamais dépassé 4,5% depuis les années 1980 (1). Bien que le taux soit stable, le nombre d'individus incarcérés augmente globalement. Cette inflation relève, selon l'observation de plusieurs auteurs, de l'incarcération fréquente de personnes souffrant de pathologies mentales (2,3). Cependant, peu d'études se focalisent sur la population carcérale féminine. Au regard de ces observations, l'offre de soins est-elle bien adaptée à cette population ?

La psychiatrie en milieu carcéral s'est développée au cours des dernières années en améliorant sans cesse ses connaissances de la population ciblée. Des addictions à la psychose en passant par les troubles de personnalités et le suicide qui y sont fortement représentés, certaines particularités méritent d'être approfondies devant l'hétérogénéité des profils concernés.

Un point important est que la prison concentre, entre autres, des facteurs de morbidité psychiatrique. En effet, l'enfermement constitue un contexte particulièrement propice à l'apparition ou l'aggravation de troubles mentaux concernant une majorité d'hommes jeunes au parcours de vie marqué par la précarité

Il est aujourd'hui indispensable de considérer la minorité des femmes incarcérées dans les prisons françaises et de pouvoir évaluer rigoureusement les caractéristiques de cette population, les spécificités de leurs troubles mentaux avant de pouvoir orienter et améliorer notre outil de soins.

L'objectif de l'étude présentée dans ce travail de thèse est de décrire la population féminine hébergée dans les prisons de la région Hauts de France (HdF) durant l'année 2018. Ainsi, nous présenterons la méthode utilisée pour recueillir les données, les différents résultats obtenus avant de discuter des points forts et des limites pour enfin conclure sur les perspectives d'amélioration de l'offre de soin à cette population spécifique.

A. La Justice Pénale et les femmes

1. Historique de l'application de la Loi aux femmes

Il est fait mention des femmes comme individus à part entière pour la première fois dans le Code Pénal de 1791. La Déclaration des droits de la femme et de la citoyenne par Olympe de Gouges la même année (art. 1 : la femme naît libre et demeure égale à l'homme en droits), ne modifie pas la condition des femmes et ne leur ouvre pas le chemin de la citoyenneté. En 1804, le Code civil encore appelé Code Napoléon, institutionnalise l'infériorité de la femme qui doit obéissance à son mari, l'inscrivant au sein de la famille. Considérées comme des mineures, elles sont soumises, à l'autorité du père et du mari.

Le code civil consacre ainsi l'incapacité juridique totale de la femme mariée qui est considérée comme une éternelle mineure. L'article 1124 du Code civil précise que « Les personnes privées de droits juridiques sont les mineurs, les femmes mariées, les criminels et les débiles mentaux ». L'incapacité civile des femmes ne sera levée qu'en 1938, soit plus d'un siècle plus tard. Malgré cette distinction, les femmes restent à cette époque, pleinement justiciables et sanctionnables en cas d'infraction. La punition des femmes se partage donc entre l'autorité familiale et la Justice

Les femmes représentaient alors une minorité de la population carcérale en France ce qui reste le cas de nos jours. Une proportion qui reste en dessous des taux retrouvés en Amérique du Nord (9,8% ; 211870 aux Etats-Unis) mais dans la moyenne européenne (4,5). Une différence, déjà mise en avant dans les premiers recueils historiques de la Justice pénale, qui s'est accentuée durant les deux derniers siècles, principalement au 19^{ème} siècle. Ainsi, la proportion de femmes emprisonnées était à peu du tiers à la fin du 18^{ème} siècle et près de 20 % vers 1850 (6).

Au cours de l'histoire, les femmes sont de moins en moins convoquées devant les tribunaux, mais lorsqu'elles le sont, il s'agit d'infractions concernant la morale, le contrôle de leur sexualité et/ou de leur émancipation : avortement, prostitution, vols domestiques (7). Parallèlement à l'évolution de la société et à la place des femmes au

sein de celle-ci, la législation connaît de nombreuses transformations qui contribueront à diminuer considérablement l'effectif de la population carcérale féminine.

Au 19^{ème} siècle, on observe ainsi la disparition de deux délits publics, d'abord les émeutes de subsistance¹ dans lesquelles les femmes ont toujours joué un rôle important. Puis, la réforme du Code pénal forestier de 1827, en abolissant le délit de fagots² sur le domaine public, supprime une des principales causes d'arrestation des femmes.

Sous la III^{ème} République, les femmes bénéficient d'avancées civiles comme l'accès à l'instruction et la Première Guerre mondiale démontre qu'elles sont indispensables au bon fonctionnement de l'économie.

En 1944, l'ordonnance du 21 avril du Gouvernement provisoire de la République française accorde le droit de vote et l'éligibilité aux femmes sans restriction.

Dans la seconde moitié du 20^{ème} siècle, la dépénalisation de l'avortement, loi du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de grossesse, dite loi Veil et celle de l'émission de chèques sans provisions par la loi du 30 décembre 1991 contribuent également à réduire la part de la délinquance féminine.

La dépénalisation de ces différents délits suppose un contrôle social qui se diversifie et se partage entre les institutions. A titre d'exemple, selon Yannick Ripa, le traitement de la déviance morale se répartissait de façon sexuée entre l'institution psychiatrique et l'institution pénale (l'hôpital pour les femmes, la prison pour les hommes) (8).

¹ En réponse à une crise de subsistance se traduisant par : la rareté des céréales (crise générale), la montée du prix des céréales, l'arrêt des artisans dans la fabrication et gel des salaires des ouvriers ; l'augmentation des prix et la baisse des salaires entraînent une crise démographique : les plus faibles, c'est-à-dire, les plus pauvres meurent les premiers. Sous l'Ancien Régime, il exista trois crises importantes de subsistances : 1661-1662 (crise de l'avènement), 1693-1694, et 1709 (Grand Hiver)

² En 1827, la forêt ne constitue plus que 16 % du territoire français et elle est mal en point. Un nouveau code, le code forestier, est promulgué. Il restreint encore les droits d'usage des paysans sur les forêts. Ce nouveau code réitère les interdictions de l'ordonnance et « prive en effet un certain nombre d'habitants de bois mort pour le chauffage, [...] »

2. De l'infraction à la peine, une disparité des genres

a) Typologie de la délinquance au féminin

On entend beaucoup moins parler de criminalité au masculin, criminalité et masculine semblant être un pléonasse, alors que la criminalité au féminin est associée à l'exception. La violence des femmes inspire un attrait particulier pour le grand public, mais aussi chez les intellectuels.

Au 19^{ème} siècle, le discours naturaliste ambiant imprègne la société et la science en opposant une nature masculine violente, ambitieuse à une nature douce, passive et docile attribuée au genre féminin. La description criminologique féminine tend à se rapprocher de celle de l'homme durant la fin du 20^{ème} siècle avec l'apport successif de la sociologie d'Alexandre Lacassagne puis de la psychologie de Pollak aux côtés de l'anthropologie criminelle incarnée par Cesare Lombroso(9–11).

Ils insisteront sur la description successive d'archétypes repris de nombreuses fois au cours de l'histoire.

Parmi eux, on retrouve la tueuse diabolique (empoisonneuse/incendiaire) toujours hystérique, la voleuse (domestique/de grands magasins), la tueuse d'enfants (avortement/infanticide) et la débauchée (prostitution/adultère). Cette catégorisation de la criminalité féminine est le reflet d'une des plus grandes craintes de l'époque : la déstabilisation de la cellule familiale.

Il apparaît systématiquement dans ces travaux une moralisation plus importante de la déviance féminine en raison du préjudice social associé. Il faut cependant replacer ces recherches dans leur contexte historique de la III^{ème} République qui prône des valeurs d'ordre, de stabilité, de travail dont les préoccupations principales sont donc d'ordre sécuritaire, pro nataliste et hygiéniste.

b) Perspective bio-psycho-sociale

Sur le plan biologique, les travaux de G. Ferrero et C. Lombroso en 1896 (11) expliquent une criminalité spécifique par l'influence des différents stades physiologiques. Les femmes seraient plus criminelles à la puberté, en période de menstruation ainsi qu'à la ménopause. Un autre argument biologique met en avant l'importance de la testostérone dans le comportement humain normal, mais aussi dans la criminalité (12).

Il apparaît que l'explication biologique des siècles derniers ne résiste pas au temps ni à une critique exhaustive : les études les plus récentes montrent que les femmes ont les mêmes aptitudes à enfreindre la loi (13), que l'avancement de l'âge de la puberté au cours des décennies ainsi que le recul de l'âge de la ménopause n'ont pas modifié l'évolution de la criminalité féminine (14) mais surtout que les travaux portés en exemple ignorent l'influence culturelle et sociétale sur le comportement.

D'un point de vue psychologique, les caractéristiques attribuées au sexe féminin par les premiers auteurs ne relèvent pas de l'inné : l'apport des découvertes les plus récentes permet, au contraire, d'affirmer la neutralité psychologique de l'enfant et ensuite les caractères acquis de la plupart des traits formant la personnalité d'un individu(15).

Émile Durkheim, un des premiers auteurs à souligner l'importance des facteurs sociologiques pour aborder cette question affirme que les écarts entre les taux de criminalité selon le sexe s'expliqueraient par l'indulgence des hommes à l'égard des femmes ; de la dénonciation de l'infraction à la sanction, en passant par l'instruction judiciaire. (16).

Les particularismes qui subsistent sont fondés sur le rôle social différentiel de la femme par rapport à celui de l'homme. Sa fonction à l'intérieur de la famille lui éviterait le contact des occasions criminelles.

En somme, l'influence de facteurs environnementaux (socio-économiques, traumatismes, abus dans l'enfance...) serait plus importante que le caractère inné ou le genre pour favoriser les opportunités de comportements antisociaux. En revanche,

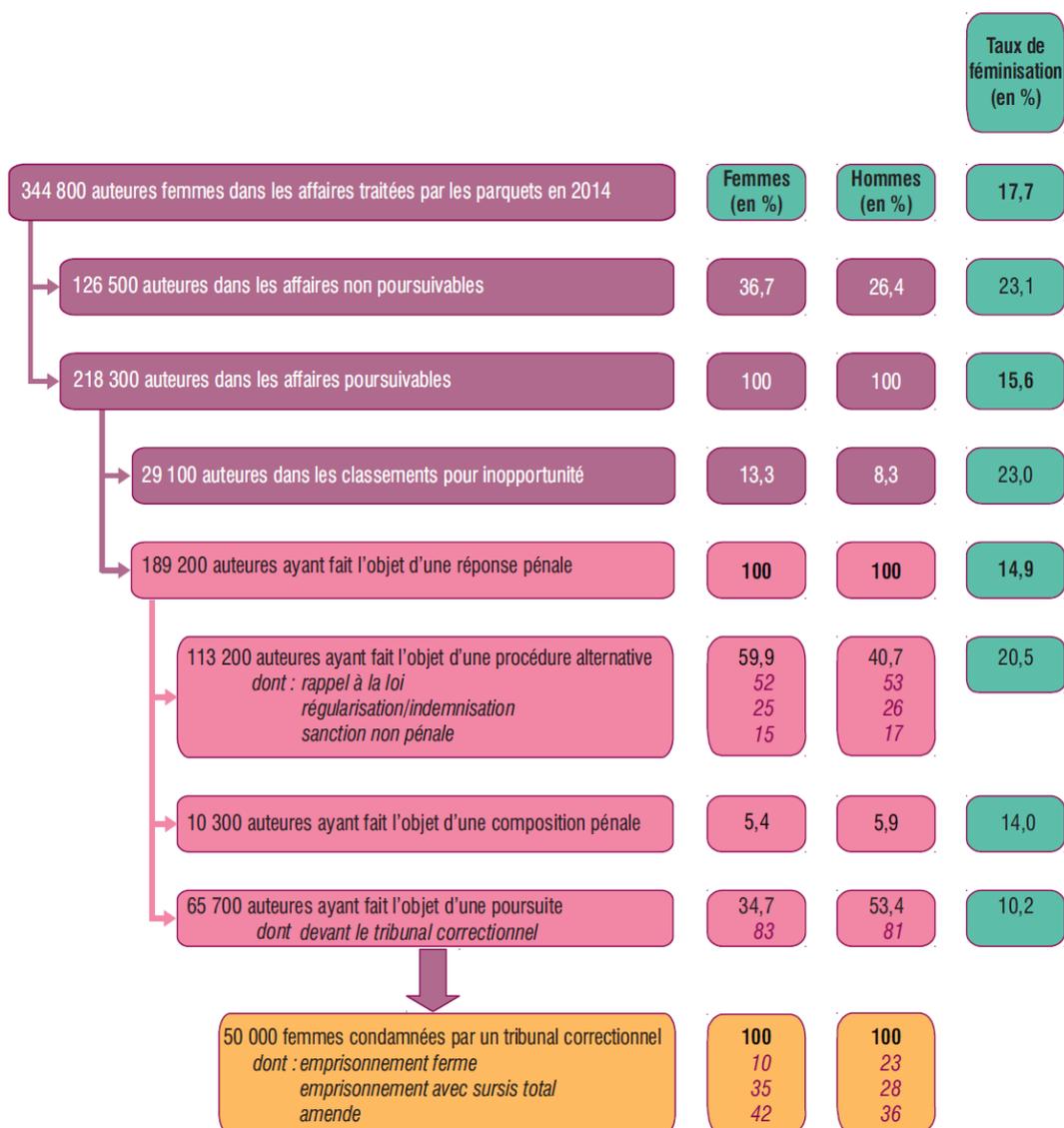
le passage à l'acte resterait une affaire de personnalité et d'antécédents personnels ou familiaux(14).

c) Effet du genre sur la Loi

La moindre proportion de femmes incarcérées s'explique encore difficilement. Bien que les arguments avancés par les naturalistes des siècles derniers ne trouvent pas ou peu de défenseurs à l'heure actuelle, l'influence du genre dans les représentations en matière de délinquance se retrouve notamment dans la répression policière et la judiciarisation des infractions. En effet, ce résultat peut être lié à une propension moindre à commettre des infractions mais aussi par une tendance à moins se faire arrêter et condamner.

La loi, selon ses vertus d'égalité et d'impartialité ne prévoit pas de différenciation des genres dans l'écriture du Code Pénal. Les seules spécificités dédiées aux femmes concernent leur régime de détention. Néanmoins, à délit équivalent, une femme sera en général moins condamnée qu'un homme. Le fait d'être une femme « réduit de 30% le risque de prison ferme par rapport au sursis et le risque de prison avec sursis par rapport aux peines alternatives » selon une enquête de l'INSEE en 2017 comme illustre la figure 1 (17).

Figure 1. Traitement judiciaire pénal selon le sexe de l'auteur des infractions en 2014



Sources : SDSE, Système d'information décisionnel pénal, exploitation statistique du Casier Judiciaire national.

Lecture : 189200 auteures d'infraction ont fait l'objet d'une réponse pénale. Parmi elles, 59,9% ont fait l'objet d'une mesure alternative. Cette partie est de 40,7% chez les hommes. Les femmes représentent 20,5% de l'ensemble des auteurs ayant fait l'objet de ce type de procédure.

Ce filtre genré en faveur des femmes au sein du processus pénal s'auto-entretient : Les femmes sont moins souvent poursuivies parce qu'on considère qu'elles sont par nature moins délinquantes. Par la suite, on retrouve de moins en moins de femmes tout au long du traitement judiciaire, ce qui renforce l'idée qu'elles sont moins délinquantes.

Au niveau de la dénonciation comme pour la répression policière, certaines études soulignent un traitement « paternaliste » systématisé et circulaire, plutôt favorable aux femmes. Il semble que la délinquance féminine soit ignorée voire excusée, échappe au contrôle policier et soit donc moins rapportée, faisant plus fréquemment l'objet d'abandon de poursuite ou de relâche (18), (cette observation ne se vérifie pas pour les actes de violence ou portant atteinte à l'image de mère idéale perçus comme déviants à la norme sexuée, faits pour lesquels elles sont au contraire très vite identifiées).

Il s'agit d'une tendance statistique qui s'observe encore aujourd'hui en France : 16,7% des individus traduits en justice et 3,5% des personnes incarcérées sont des femmes (19). La féminisation des infractions se retrouve plutôt dans les atteintes aux biens ainsi que dans les infractions liées à l'exercice de l'autorité parentale (et en général reste minoritaire quand la violence est au cœur du contentieux).

L'enquête de l'INSEE observe également que l'implication moindre des femmes dans les contentieux aisément poursuivables explique en grande partie cette disparité. Les auteurs parlent d'une représentation importante des femmes dans certains groupes d'infraction tel que la délinquance « astucieuse » (moyens de paiement, escroqueries, abus de confiance, faux et usage de faux). Ces délits ont en commun une part élevée d'affaires non poursuivables (supérieure à 50 %) et de classements pour inopportunité, liée à la faiblesse du préjudice (de l'ordre de 30 %). C'est particulièrement sur la réponse pénale que se différencient les hommes et les femmes, avec davantage de mesures alternatives pour les femmes (42 %) que pour les hommes (34 %).

D'autre part, L'observatoire national de la délinquance et des réponses pénales (ONDRP) souligne que les atteintes à l'intégrité physique commises par des filles mineures ont augmenté de 83 % depuis 2004, contre seulement 46 % pour les garçons. Coline Cardi, sociologue, explique que c'est en observant les mutations du contrôle social que l'on peut comprendre les disparités de genre dans la délinquance. Le public, les médias mais aussi certains juges ont du mal à accepter la violence des

femmes en y ajoutant une aura d'exception, la rendant par conséquent plus choquante (20).

Lorsque les poursuites judiciaires amènent à une condamnation, les peines sont moins sévères pour les femmes condamnées, souvent liées à un contentieux moins complexe et un taux d'antécédent deux fois moins élevé.

Cependant, à infraction donnée, la persistance d'une orientation plus fréquente pour les femmes vers des mesures alternatives ou un classement pour inopportunité peut donc laisser supposer que c'est dans la présentation de l'auteur, son insertion sociale, familiale et professionnelle que résiderait la justification des écarts observés.

3. Réalités de la délinquance féminine

a) Généralités

Pour mesurer la délinquance, plusieurs indicateurs permettent de mesurer l'implication des femmes dans les activités délictuelles :

- Les statistiques officielles (ONDRP, Ministère de la Justice, DISP)
- Les sondages de délinquance auto reportée sont des questionnaires (papier ou informatisé) listant une série de comportements que l'on demande au participant de cocher s'il les a déjà commis, voire parfois d'en préciser les circonstances (lieu, complice) et les caractéristiques. Ils mesurent à la fois des infractions et des comportements dits à problèmes (p.ex. fugue, absentéisme, consommation de bière).
- Les sondages de victimisation, dans lesquels il est demandé au participant d'identifier, parmi une série d'infractions ou d'actes de violence, lesquels il a déjà subis, et d'en préciser les circonstances (domicile, espace public) et les caractéristiques.

Chacun de ces indicateurs présente des avantages et des limitations. Les statistiques officielles – policières, judiciaires et pénitentiaires – comme chez les hommes, mesurent la délinquance féminine visible. Les sondages de délinquance auto reportée et de victimisation permettent d'observer la partie invisible de la délinquance échappant aux statistiques officielles.

Les informations fournies par les sondages sont d'autant plus importantes qu'elles permettent de décrire cette violence « hors-cadre » - selon les mots de C. Cardi - parfois différente de celles des statistiques officielles.

Les données des sondages de délinquance auto reportée (généralement chez des adolescents) révélant que, pour certaines infractions (vols, recel, atteintes aux personnes, fraudes), les filles commettent autant d'actes que les garçons ; pour d'autres (Infractions liées aux stupéfiants, violence sexuelle), sans disparaître, les différences entre filles et garçons sont nettement moins importantes que dans les statistiques officielles (21).

Concernant le modus operandi, les observations historiques de Lacassagne et de Pollack tendent à se vérifier : sur une période allant de 1980 à 2008 les américaines ne sont que 8% des auteures de meurtres par arme à feu, contre 21% pour les meurtres par incendie intentionnel, et 40% des meurtres par empoisonnement (22). Dans une autre étude américaine portant uniquement sur des cas de filicides, seuls 25% des femmes avaient utilisé une arme (ici : arme à feu ou couteau, dans des proportions égales). Les femmes souffrant de troubles psychotiques présentaient un risque onze fois plus élevé que les autres de tuer leur enfant au moyen d'une arme. Conformément à la théorie selon laquelle le recours à une arme dépend de la vulnérabilité de la victime, les enfants les plus jeunes étaient moins souvent tués au moyen d'une arme que les enfants plus âgés.

En revanche, le stéréotype qui décrit la femme délinquante comme subalterne est démenti par des études soulignant le fait que les femmes, agissent le plus souvent seules, ou comme membres de petits groupes occasionnels selon l'infraction (indépendamment du sexe, on s'associe plus souvent pour cambrioler que pour tuer) (23).

Les données françaises montrent que, sur 554 condamnations étudiées, la femme avait agi seule dans 60% des cas; elle était l'auteure principale ou à rang égal avec les autres participants à l'infraction dans 83% des cas (24).

b) Infractions généralement attribuées aux femmes

Les femmes commettent surtout des infractions non violentes ; comme les hommes, qui, eux aussi, commettent avant tout des infractions non violentes. Mais elles commettent encore moins que les hommes. Pourtant, la délinquance violente des femmes occupe une place inversement proportionnelle à sa prévalence réelle dans la littérature.

Les femmes sont nettement moins nombreuses que les hommes à commettre des infractions routières, mais les violations des règles de la circulation sont l'une des catégories d'infractions dans lesquelles la part de femme est la plus importante.

Entre 1990 et 2010, les femmes, comme pour d'autres types d'infractions, sont très largement minoritaires (6,6% pour l'usage simple) parmi les interpellés pour infraction à la législation aux stupéfiants (ILS). Parallèlement, c'est parmi les affaires de trafic international que l'on trouve proportionnellement le plus de femmes comparées aux autres qualifications (17,4% contre 13,7% dans les affaires de trafic local, 11% dans celles d'usage-revente et 10% dans les autres types d'ILS) (25)(INHESJ/ONDRP 2016). Le ratio homme/femme dans la consommation de drogue dépend grandement du type de drogue considéré : si l'on est parfois proche de la parité dans le domaine du cannabis ou de l'abus d'alcool, surtout parmi les consommateurs les plus jeunes, l'écart est bien plus important pour les drogues dures comme l'héroïne. Les femmes sont cependant plus nombreuses que les hommes à user de tranquillisants et de sédatifs, qu'ils aient été obtenus par le biais d'une prescription médicale ou illégalement

La prostitution fait figure d'exception dans la domination masculine en matière de criminologie. Le « plus vieux métier du monde » constitue, dans certaines sociétés,

une infraction à la loi, que l'on soit prostituée ou client, et s'invite ainsi dans les chiffres de la délinquance féminine. En France, la sollicitation de services sexuel, le racolage et le proxénétisme sont punis mais pas la prostitution.

c) Infractions exceptionnelles chez les femmes

Les meurtres commis par des femmes ne sont pas aussi rares qu'on le croit.

Au plan international, 4 à 8% des personnes condamnées pour homicide en 2012 étaient des femmes (UNODC 2014). Cela étant, les connaissances scientifiques sur les meurtrières sont quasi exclusivement sur les femmes américaines. Or, les conclusions de ces recherches sont difficilement généralisables à la réalité européenne.

Les violences sexuelles sont, elles difficilement généralisables en raison des disparités dans la définition même de l'infraction. Ainsi, pour certains pays, un viol est égal à l'introduction non consentie du sexe dans un orifice, excluant automatiquement les femmes.

Dans d'autres pays, au contraire, une femme peut être reconnue coupable de viol ; c'est notamment le cas en France, depuis 1994 : le viol, défini par l'article 222-23 du Code pénal comme "tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise". La loi n° 2018-703 du 3 août 2018 va plus loin et définit « tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui ou sur la personne de l'auteur par violence, contrainte, menace ou surprise » comme un viol.

Les actes commis par les femmes s'étendent des attouchements sexuels sur mineur à la relation sexuelle contrainte avec un mineur, et plus rarement un adulte, voire un ou une partenaire intime. D'après les données existantes, dans la majorité des cas, les femmes abuseraient majoritairement des enfants ou des adolescents, souvent leurs propres enfants ou ceux de leur entourage immédiat. Les recherches existantes portent presque uniquement sur cette question(26,27).

On retrouve entre autres : les violences conjugales et le crime organisé parmi les infractions dans lesquelles les femmes sont le moins représentées.

Les faits divers contemporains dépeignant la violence des femmes montrent, par ailleurs, que l'intérêt qui leur est porté est d'autant plus grand que ceux-ci s'éloignent des représentations sociales des femmes.

Les représentations sociales autour de la délinquance féminine se poursuit au-delà des instances judiciaires et il convient de nous intéresser aux réalités et aux spécificités de la détention des femmes.

B. La prison au féminin

1. Lieux d'incarcération

a) Des quartiers femmes aux établissements réservés

Le maillage du paysage carcéral dévolu aux femmes s'étend majoritairement sur la moitié Nord du territoire national. 63 établissements pénitentiaires sur 186 peuvent recevoir des femmes. Quatre maisons d'arrêt (MA), Fleury-Mérogis, Fresnes, Rennes et Versailles, et trois centres de détention (CD), Rennes, Bapaume et Joux-la-Ville. Deux prisons sont entièrement réservées aux femmes (28):

- Le centre pénitentiaire (CP) de Rennes
- La maison d'arrêt de Versailles.

Les conditions de vie des femmes en détention peuvent être perçues comme meilleures que celles des hommes ; avec 2 548 places opérationnelles pour 2 534 détenues elles semblent moins exposées aux conséquences de la surpopulation carcérale. Pourtant, ces chiffres masquent de réelles difficultés dont la surpopulation et l'éloignement géographique dans les quartiers pour femmes de nombreuses maisons d'arrêt :

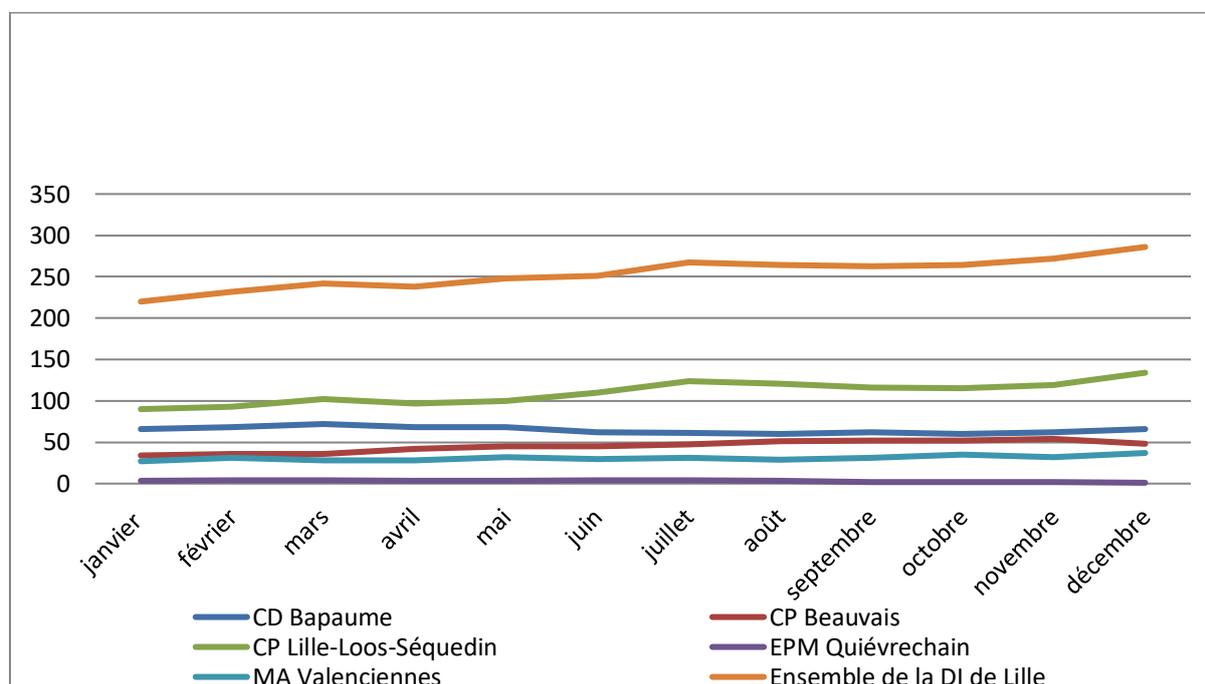
Tableau 1. Répartition des femmes détenues par établissement au 1^{er} décembre 2018

Etablissement	Nombre de femmes écrouées	Nombre de places	Taux d'occupation
MA Nîmes	51	24	213%
MA Saintes	9	5	180%
CP Bordeaux Gradignan	36	22	164%
Faa'a Nuutania	25	14	179%
CP Fresnes	164	104	158%

Source : DAP - SDME - Me5

Pour comparaison au niveau régional, l'ensemble de la Direction Interrégionale (DI) de Lille rapporte 345 places théoriques pour un effectif maximum égal à 271, soit un taux d'occupation à 78.55 %. En raison d'un territoire largement pourvu en place en comparaison à sa population, elle n'atteint que très rarement la pleine capacité d'accueil pour les femmes, voir **figure 2**.

Figure 2. Courbe d'évolution mensuelle des femmes écrouées dans la DI de Lille depuis le 1er janvier 2018



Source : DAP - SDME - Me5

La localisation géographique non homogène des établissements pour peine recevant des femmes complexifie encore le maintien des liens sociaux ou familiaux. En effet, seuls treize établissements en France peuvent accueillir des femmes condamnées à des peines de plus de deux ans, les centres de détention (CD) :

6 sont dans la moitié nord de la France (Rennes, Roanne, Poitiers, Réau, Joux-la-Ville, Bapaume), un seul au sud (Marseille) et 6 outre-mer (Baie-Mahault, Ducos, Rémire, Nouméa, Saint-Denis de La Réunion, Faa'a Nuutania).

Malheureusement, si multiplier les lieux d'accueil permet souvent aux détenues d'être incarcérées plus près de leur domicile et dans des structures plus adaptées, cela entraîne une fragmentation des ressources et une marginalisation des femmes, invisibilisées dans des politiques institutionnelles avant tout destinées aux hommes.

b) Les unités mère-enfant

Les conditions d'accueil des enfants laissés auprès de leur mère incarcérée sont définies par la circulaire Justice du 16 août 1999. Parmi 191 prisons françaises, 29 comptent une nurserie, Au total, 76 places sont disponibles réparties inégalement sur le territoire. La plus importante nurserie étant celle de Fleury-Mérogis avec 15 places (1).

Aucune autorisation n'est nécessaire pour qu'une mère puisse garder son enfant auprès d'elle en prison. Toutefois, en cas de désaccord le juge aux affaires familiales peut être saisi. Des aménagements à cette décision peuvent être pris dans le cas d'un retrait de l'autorité parentale ou d'un dépassement des capacités d'accueil en nurserie.

c) Le milieu ouvert

Les condamnés exécutant leur peine en milieu ouvert sont soumis à diverses obligations, sous le contrôle du juge de l'application des peines, qui est assisté d'un service pénitentiaire d'insertion et de probation. On distingue principalement :

- Les condamnés à une peine d'emprisonnement assortie d'un sursis avec mise à l'épreuve (SME)
- Les condamnés à un travail d'intérêt général, qui accomplissent, au profit d'une collectivité publique, d'un établissement public ou d'une association, un travail non rémunéré d'une durée de 40 à 240 heures
- Les libérés conditionnels, qui en raison de gages sérieux de réadaptation sociale, sont mis en liberté par anticipation, sous condition de se soumettre au contrôle du juge de l'application des peines et de respecter diverses obligations pendant un délai au moins égal au reliquat de la peine.

2. Spécificités du régime de détention des femmes

a) Législation

La détention féminine est l'objet d'une recommandation particulière, les Règles des Nations Unies concernant le traitement des femmes détenues et les mesures non privatives de liberté pour les femmes délinquantes, dites Règles de Bangkok (RdB)(29). Bien que non contraignant, cet instrument juridique a pour objectif de promouvoir une prise en charge des détenues ciblées sur leurs besoins spécifiques en matière de santé et d'hygiène, mais aussi de liens affectifs et familiaux avec le monde extérieur.

Adoptées en 2010, les RdB étendent et concrétisent les règles à minima des Nations Unies pour le traitement des détenues et celles pour l'élaboration de mesures non privatives de liberté.

En France, le Code de procédure pénale prévoit trois dispositions qui posent le principe de non-mixité et apportent des garanties à la prise en charge des mères incarcérées avec leur enfant :

- Les femmes sont hébergées dans des établissements ou dans des quartiers distincts de ceux des hommes en application du principe de séparation posé par l'article D. 248 du code de procédure pénale. Elles n'ont pas de contact avec ceux-ci dans le cadre des activités, des loisirs, de la formation ou du travail ; il est possible à titre dérogatoire et sous réserve du maintien du bon ordre et de la sécurité des établissements, que des activités soient organisées de façon mixte.
- Le personnel masculin n'a accès au quartier des femmes que sur autorisation du chef de l'établissement (article D. 222 du code de procédure pénale). Les femmes détenues sont surveillées par des femmes (mais les gradés des quartiers femmes peuvent être des hommes et le sont fréquemment) ;

- Les mères détenues peuvent conserver auprès d'elles leur enfant âgé de moins de dix-huit mois (articles D. 400 à D. 401-2 du code de procédure pénale). Les modalités de prise en charge médicale des femmes détenues enceintes sont déterminées en accord avec le ministère chargé de la santé. Pour les consultations médicales et accouchements, des dispositions spécifiques sont prises, notamment au niveau de l'organisation des escortes pénitentiaires, pour garantir la dignité et l'intimité des personnes détenues.

A noter qu'en raison du faible nombre de mineures incarcérées, il n'existe aucun quartier spécifique dédié à celles-ci. Elles se trouvent donc parfois incarcérées dans un quartier de femmes adultes avec un régime spécial.

En dehors de ces spécificités, les femmes détenues se voient ainsi appliquer la même réglementation que les hommes. Le faible nombre de femmes incarcérées à plusieurs répercussions sur l'organisation de leur détention.

En effet, la majeure partie des femmes sont donc incarcérées dans des « quartiers femmes » de prisons pour hommes. Ainsi, l'accès au travail, aux activités et aux formations respectent généralement le même principe de non-mixité qui lèse voire oublie d'inclure les femmes dans leur fonctionnement.

b) Non-mixité

La stricte séparation des lieux d'hébergement des femmes et des hommes s'accompagne en théorie d'une possibilité de participer à des activités mixtes. Dans les faits, la prison de Bordeaux-Gradignan s'est saisie de cette dérogation et propose des emplois aux détenus dans un cadre mixte. La prison de Bapaume propose une activité mixte de chorale. Les « quartiers femmes » au sein des établissements qui accueillent des hommes et des femmes sont généralement enclavés, isolés du reste de la détention, ce qui rend l'accès aux différents services – comme les services médicaux, la formation ou les ateliers – plus difficile pour les femmes. Dans ces établissements, les femmes n'ont donc, en pratique, pas accès à la majorité des activités, d'abord pensées pour le plus grand nombre : les hommes.

Ce constat peut sembler anodin mais il implique plusieurs difficultés. Tout d'abord, les emplois moins nombreux pour elles offre moins d'opportunité d'indépendance financière pour cantiner, payer ses amendes et éventuellement poursuivre leur rôle de parent/soutien du foyer familial. Ensuite, le travail en détention, outre l'avantage d'offrir une compensation financière, permet d'obtenir une expérience professionnelle, d'asseoir la fonction réhabilitatrice de la prison mais aussi de pouvoir prétendre à des remises de peines supplémentaires.

Les données disponibles illustrent un paradoxe supplémentaire concernant les disparités de genres en milieu carcéral : Les femmes sont moins condamnées à de la prison ferme parce que les prisons ne sont pas adaptées ou moins nombreuses (séparés plus souvent de leur famille, peu d'activités adaptées proposées). Et il y a un intérêt limité à adapter le parc carcéral en raison d'un effectif féminin insuffisant.

c) Maintien des liens familiaux

Les détenues se voient souvent prêter des besoins affectifs plus importants que ceux des hommes. La recherche a ainsi souligné la complicité entre les détenues, le soutien mutuel qu'elles s'apportent ou la manière dont certaines jouent les médiatrices lors de conflits interpersonnels, voire à reproduire des schémas de structure familiale (30,31). Jugées moins individualistes que les hommes, la plus grande proximité affective des détenues est toutefois également perçue comme problématique, lorsque les changements d'état mental des unes peuvent se répercuter sur le moral des autres (32). Il apparaît que mettre en évidence ces différences peut avoir un effet délétère sur la vision des femmes incarcérées voire à perpétuer des stéréotypes. En effet, il est possible que ces observations soient le fruit d'une subjectivité importante, il convient à chacun de se rappeler que le milieu carcéral offre un univers anormal voire irréaliste et que les comportements observés ne sont pas le reflet uniforme d'individus pris dans toute leur globalité.

3. Chiffres de la délinquance féminine

Au 1^{er} décembre 2018, d'après le Ministère de la Justice, il y a : 3 148 femmes écrouées sur une population totale de 82 634 personnes ce qui représente 3,8% de la population écrouée (dont 2 925 femmes en métropole et 223 en outre-mer). 2527 femmes étaient sous écrou dont 621 non détenues disposant d'un aménagement de peine ou d'une libération sous contraintes (LSC) (en placement sous surveillance électronique ou en placement extérieur non hébergés) soit 19.73 % de la population non hébergée. 32% d'entre-elles sont des prévenues.

L'évolution de la population carcérale féminine depuis 2016 en France est disponible via l'annexe 1.

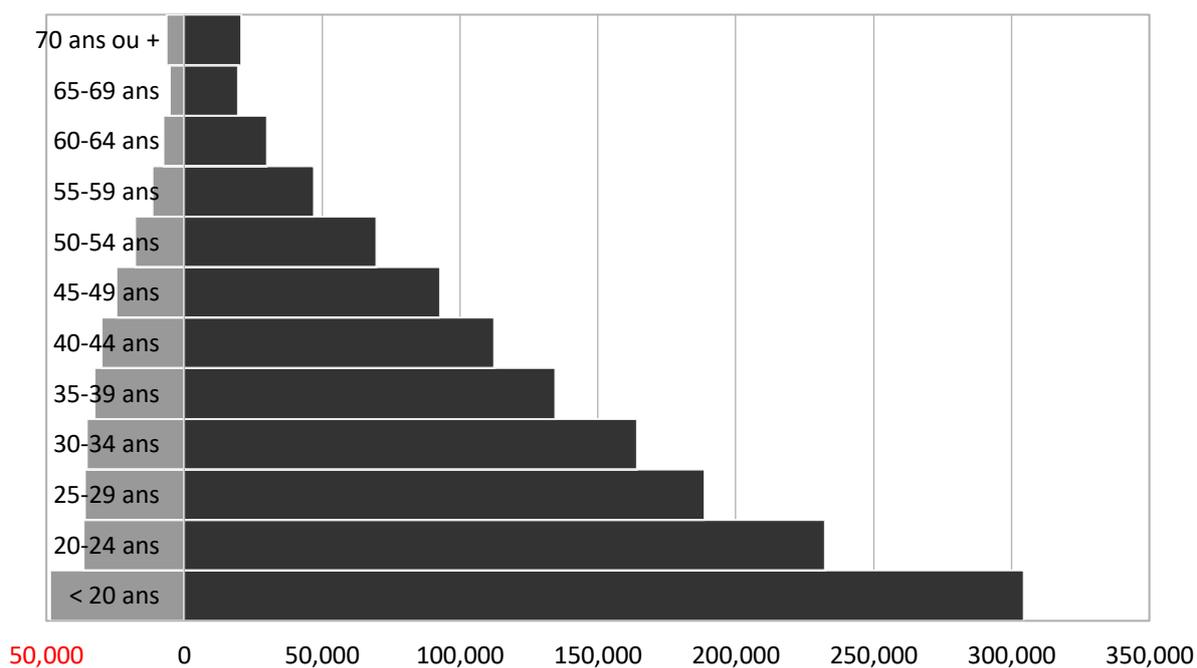
a) Les condamnations

Les parquets prononcent deux fois moins de peines de prison ferme pour les auteurs de sexe féminin et les peines de sursis sont moins souvent assorties de travaux d'intérêt généraux (TIG) ou de mise à l'épreuve (SME). Mais la prison ferme n'est pas rare pour les femmes. En 2017 : 337 357 femmes ont été impliqués comme auteurs dans une affaire de délinquance (infractions, délits et crimes confondus) traitée par les parquets. 209 505 cas était poursuivables, 62,1% (contre 72.8% pour les hommes) et 57 291 femmes ont été condamnées (33).

b) Le profil des mises en cause

Les détenues seraient, en moyenne, plus âgées que les hommes lors de leur première incarcération, comme c'est également le cas pour la première arrestation.

Figure 3. Auteurs dans les affaires traitées par les parquets en 2017, selon le sexe et l'âge.



Source : Ministère de la Justice / SG / SEM / SDSE / SID Statistiques pénales

Une situation logique dans la mesure où un premier contact avec les forces de l'ordre survient généralement après un certain nombre d'infractions, et lorsque les infractions deviennent graves.

Le parcours délictuel des hommes étant généralement plus précoce et plus fourni que celui des femmes, ils sont donc, en moyenne, plus jeunes qu'elles lors de leur première incarcération (31).

Comme les hommes, les détenues proviennent aussi plus souvent de milieux socio-économiques plus défavorisés que la population générale. Avant leur incarcération, les détenues semblent avoir connu une précarité économique plus marquée que les détenus. Elles auraient souvent une éducation limitée, ce qui rend leurs perspectives professionnelles peu enviables. Une recherche française fait état d'une situation similaire: les détenues qui avaient un travail avant d'entrer en prison exerçaient essentiellement des emplois non qualifiés, instables, voire parfois au noir (20).

c) Des peines alternatives plus efficaces.

Tous sexes confondus, la prison ferme entraîne un risque de récidive très élevé : 63 % des personnes condamnées à une peine de prison ferme sont recondamnées dans les cinq ans, cependant les femmes ont une probabilité deux fois plus faible que les hommes d'avoir une nouvelle condamnation (34).

Si les études rapportent un taux de récidive (toutes durées de peines confondues) plus bas chez les femmes, un rapport du ministère de la justice anglais montre un taux plus important de récidive chez les femmes pour les peines courtes, inférieures à 12 mois. Les auteurs évoquent le rôle de porteur de soin « *caregiver* » principalement occupé par les femmes, sévèrement lésé par des peines jugées trop courtes pour réhabiliter l'individu mais assez longue pour augmenter la précarité financière et impacter la structure familiale. Les femmes concernées par ces situations sont majoritairement des mères. A la sortie de détention elles rapportent une légitimité de leur autorité parentale et un lien mère-enfant sévèrement remis en question.

L'incarcération affecterait les femmes différemment selon de récentes observations au niveau international (35). Tous les pays n'ont pas les mêmes tendances à l'égard des peines alternatives (amendes, TIG, PSE, semi-liberté), mais la grande majorité souhaite préserver l'intégrité de la structure familiale (reposant sur les femmes) en mettant en avant des mesures alternatives à la prison ferme pour prévenir la récidive mais aussi des conséquences négatives plus importantes au niveau social, économique et psychologique.

Un élément supplémentaire qui permet de comprendre, de façon incomplète, les spécificités de la délinquance féminine et son traitement par les institutions. Pour avoir une vision complète des caractéristiques des détenues, il faut s'intéresser également à leur santé mentale. Le lien qui est dessiné sous-tend de nombreuses interprétations teintées d'idéologies diverses. Ce qui nous intéresse dans la partie suivante est de présenter les différents constats établis sur la santé mentale des détenues.

C. La santé mentale des détenues

1. Organisation des soins en santé mentale pour les détenues

L'article 122-1 du Code Pénal (36) prévoit depuis 1994 une application des peines de prison pour les infractions commise durant une abolition ou une altération du discernement³. En somme, cette loi fait intervenir l'expertise psychiatrique dans l'orientation des détenus mais intègre la notion d'atténuation de la peine. Jusqu'à cette date, une irresponsabilité entraînait une hospitalisation sous contrainte dans un secteur de psychiatrie classique ou une peine pleine de prison ferme (37).

Dans la même direction l'article D398 du Code Pénal voté en 2001 prévoit que les détenus qui présentent des décompensations psychiatriques empêchant leur maintien en détention soient extraits du milieu carcéral pour être admis dans un service de psychiatrie.

Pour assurer la continuité des soins, notamment à la libération, une dynamique multidisciplinaire est indispensable et ne déroge pas au principe du secret professionnel et notamment du secret médical. Une approche globale, assurée par des médecins généralistes et spécialistes, assistants sociaux, psychologues et conseillers pénitentiaire d'insertion et probation (CPIP) est mise en place pour chaque détenu.

D'après le guide méthodologique de la prise en charge sanitaire des personnes placées sous-main de justice réactualisé en 2012 (38), et le plan d'actions stratégiques 2010/2014 pour la politique de santé des personnes placées sous-main de justice(39), la prise en charge médicale actuelle des détenus en France est organisée en trois niveaux de soins.

Seule la prise en charge médicale dédiée aux soins psychiatriques nous intéresse ici

³ Si le Tribunal Correctionnel retient l'existence d'un trouble psychique ou neuro-psychique ayant altéré le discernement de l'auteur, la peine privative de liberté encourue est réduite du tiers et doit permettre que la personne condamnée fasse l'objet de soins sous la forme d'un suivi-socio-judiciaire, d'une contrainte pénale avec injonction de soin ou d'un sursis avec mise à l'épreuve comportant une obligation de soins.

a) Les unités sanitaires de niveau 1

En tout, 175 unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP) sont implantées au sein des établissements pénitentiaires. Parmi eux on distingue les dispositifs de soins psychiatriques (DSP) qui assurent, durant la journée et les jours ouvrables, les activités de consultations, d'entretiens, de prises en charge de groupe et d'activités thérapeutiques. Ils sont sous la responsabilité de l'établissement de santé psychiatrique du secteur de l'établissement pénitentiaire.

Ce dispositif existe dans chaque établissement pénitentiaire avec des locaux spécialisés mis à disposition.

Lorsqu'ils requièrent des examens spécialisés ne pouvant être réalisés au sein des USMP, ces soins sont assurés en milieu hospitalier.

b) Les unités sanitaires de niveau 2

Correspondent à une hospitalisation de jour en psychiatrie qui se déroule en milieu pénitentiaire. L'accès aux activités et aux consultations est facilité par une proximité immédiate avec l'unité de soins, permettant ainsi une prise en charge renforcée. Le soin prime de manière temporaire sur les autres aspects de la détention.

Les soins sont dispensés au sein d'un SMPR (décret du 14 mars 1986) qui dépend d'un établissement public hospitalier. Ce dispositif dispose de cellules d'hébergement au sein de l'établissement pénitentiaire, dans un quartier spécifique.

Chaque région dispose d'au moins une unité sanitaire de niveau 2, il en existe 26 en France. Ces unités peuvent accueillir des détenus de l'établissement, mais également des détenus des centres pénitentiaires du secteur pénitentiaire qui ne disposent pas de SMPR.

Pour les niveaux 1 et 2 de soins, les soins ne peuvent être que librement consentis.

c) Les unités sanitaires de niveau 3

Les détenus peuvent bénéficier de soins psychiatriques en hospitalisation à temps complet. Selon leur état clinique, ils peuvent être hospitalisés soit :

- en « soins libres » (SL), c'est-à-dire avec leur consentement (modalité de soins à privilégier si l'état de la personne le permet) ;

- en « soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat » (SPDRE). Les soins sont alors décidés par arrêté du Préfet au vu d'un certificat médical circonstancié pour les personnes « dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte de façon grave à l'ordre public » (40).

Il existe alors deux possibilités pour les soins de niveau 3 (selon les indications et le mode d'hospitalisation) :

- en unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) : depuis leur ouverture en 2010, elles sont au nombre de 7 et permettent d'accueillir des patients en hospitalisation à temps complet avec ou sans consentement. D'après l'article L 3214-1 du CSP : l'hospitalisation au sein d'une UHSA est le principe général pour toute hospitalisation complète en psychiatrie d'une personne détenue ;

- en établissement de santé de psychiatrie générale habilité à accueillir des patients en soins sans consentement. Les patients sont hospitalisés, par arrêté préfectoral, selon l'article D.398 du Code de procédure pénale.

Conformément aux dispositions des articles R. 3214-5 et R. 3214-8 du CSP, la surveillance et l'accès à la structure sont assurés par le personnel pénitentiaire et s'effectuent dans le respect de la confidentialité des soins. Les personnels pénitentiaires n'ont toutefois accès aux locaux et aux chambres des patients que pour des raisons de sécurité (fouille et contrôle) ou, à la demande du personnel hospitalier.

L'unité est construite de telle sorte que l'espace dédié aux soins est central entouré d'une zone périphérique sous la surveillance d'agents pénitentiaires, d'où le terme « spécialement aménagée ».

L'émergence de cet élément bien qu'il ait permis une évolution majeure des soins psychiatriques en milieu carcéral, divise les professionnels de santé craignant une utilisation abusive par les magistrats.

Pour citer D. Zagury : « le second souci des aliénistes fut d'éviter la dilution de la clinique, son interpellation dans tous les registres de l'expérience humaine ». Aussi, nous dirigerons notre attention vers la clinique des troubles mentaux présentés par la population carcérale, particulièrement celle des femmes détenues.

2. Spécificités de la maladie mentale des détenues

Violence et maladie mentale ont tendance à régulièrement être mis en lien depuis les premières descriptions cliniques, une préoccupation sociétale qui perdure à travers l'histoire non sans controverse. Ainsi, la population carcérale féminine ne se différencie pas des hommes détenus en étant particulièrement marquée par les troubles psychiatriques. En 1987, la National Mental Health Association rappelait que « *les personnes atteintes de maladie mentale ne sont pas plus à risque de réaliser un crime que les autres membres de la population générale* » (41) pour autant que les problèmes de prise d'alcool et de drogue soient exclus.

La vision du public oscille entre stigmatisation et déni. La controverse se poursuit dans la littérature scientifique au regard des travaux de J.-L. Dubreucq et al. versus J.-L. Senon et al (42,43) qui concluront à l'existence d'un lien ténu mais réel entre psychiatrie et violence. L'influence de facteurs socioéconomiques tels que la précarité et l'abus de substances est d'autant plus importante que celle des troubles mentaux pris indépendamment. Les auteurs insistent sur une précaution nécessaire pour certains groupes de patients, porteurs de maladies sévères et/ou de comorbidités addictives ou neurologiques.

Les études, bien que divergentes sur l'estimation, s'accordent pour souligner le nombre considérable de sujets atteints de pathologies psychiatriques accueillis en prison, excédant dans tous les cas leur prévalence en population générale.

En France, l'étude pour le Ministère de la Santé DGS-DAP (Direction Générale de la Santé) et le Ministère de la Justice (Direction de l'Administration Pénitentiaire) de 2004 a estimé à 14,6% la prévalence de détenus schizophrènes et de 20,2% pour les femmes (soit 7 fois plus que dans la population générale pour les hommes et 10 fois pour les femmes)(44,45).

Fazel et Baillargeon dans une méta-analyse de 2011 regroupant 23000 sujets estiment la prévalence des troubles psychotiques à près de 4% respectivement chez les hommes et les femmes incarcérés, celle du trouble dépressif majeur à 10% chez les hommes et 12 % chez les femmes. (46) (Voir **Tableau 2**).

Tableau 2. Prévalence des troubles mentaux chez les prisonniers des pays occidentaux par rapport à la population générale

	Prisonniers (%)	Population générale masculine, estimations (%)	Prisonnières (%)	Population générale féminine, estimations (%)
Psychose	4%	1%	4%	1%
Dépression	10%	2–4%	12%	5–7%
Trouble de personnalité	65%	5–10%	42%	5–10%
Personnalité antisociale	47%	5–7%	21%	0.5–1%
Dépendance à l'alcool	18–30%	14–16%	10–24%	4–5%
Addictions aux substances	10–48%	4–6%	30–60%	2–3%
Retard mental	0.5–1.5%	1%	0.5–1.5%	1%
ESPT	4–21%	2%	10–21%	3%

Source : S. Fazel, J. Baillargeon, March 2011 *The Lancet*

Ainsi, la prévalence des troubles psychiatriques est plus élevée chez les femmes incarcérées qu'en population générale de même sexe, justifiant des soins spécifiques et adaptés.

En somme, les facteurs de risques de la maladie mentale sont les mêmes que ceux de la délinquance : précarité, abus dans l'enfance, hérédité (47,48). Certaines études précisent que la maladie mentale serait différente chez les femmes en nombre comme en forme (49).

Les prévalences de maladies mentales sévères telles que la dépression mélancolique, les troubles bipolaires et la schizophrénie sont généralement retrouvées en proportions similaires chez les hommes et les femmes en population générale (45). L'hypothèse serait que le fait de cumuler les facteurs de délinquance et de maladie mentale influencerait d'avantage le filtre judiciaire différemment et cette fois-ci plutôt en défaveur de ces femmes.

3. Intérêts d'une focalisation sur la population carcérale féminine

« Trop peu nombreuses pour compter ».

Il s'agit de l'expression reprise en référence par C. Rostaing pour dénoncer l'argument de la valence numérique justifiant le manque d'intérêt pour les femmes dans les études scientifiques concernant le milieu carcéral.

Elle parle d'un triple processus d'*invisibilisation* (34) qui ancre le stéréotype hétéronormatif sur la violence et la prison :

- La non-distinction des femmes parmi les détenus,
- La légitimité androcentrée des recherches sur les détenus
- La valorisation de la différence : les détenues, des cas à part

En plus des effets plus délétères sur la population carcérale féminine, la littérature existante rapporte des délits moins violents, des antécédents de troubles psychiatriques, d'abus et de violence conjugale plus fréquents que chez les hommes, des usages de substances psychotropes différents de la population masculine et surtout un statut de mère, souvent célibataire d'avantage marqué par la précarité. L'absence de programme de soins et de réinsertion axée sur ces problématiques rend compte d'une nécessité de focaliser les recherches et particulièrement en santé mentale vers cette population (51,52).

Aussi, C. Cardi émet que pour améliorer notre compréhension de cette population, il faut retenir que si l'idée que la délinquance féminine est occultée par le filtre social, la publication scientifique n'y échappe pas non plus. Par conséquent, l'étude de la population carcérale féminine et ses spécificités ne peut être complète en se focalisant sur les lieux d'enfermement classiquement dévolus au genre masculin(20).

L'étude des lieux alternatifs révèle une admission plus importante de femmes vers ces centres. Selon une étude de la DREES de 2002, la population suivie par les SMPR est plus fortement féminisée que la population pénale (10 % contre 4 %). Une spécificité carcérale qui ne se retrouve pas en population générale (47 % d'hommes, 53 % de femmes)(53), d'une part en raison de la présence de diagnostic psychiatrique

préexistant, selon la même étude, et d'autre part de l'altération du discernement plus fréquente pour raisons psychiatrique.

Bien que le travail effectué ici ne s'intéresse qu'à la partie écrouée hébergée (c'est à dire à l'intérieur des murs de la prison), ces observations nous offrent des perspectives de recherche supplémentaires mais aussi des axes d'amélioration de l'offre de soins dévolue aux femmes détenues.

Nous allons à présent nous intéresser à l'étude réalisée dans la population carcérale féminine de la région Hauts de France.

METHODES

A. Problématique

Nous savons qu'il y'a moins de femmes en population carcérale, ceci s'explique pour de multiples facteurs bio-psycho-sociaux appréhendés dans la première partie. La prison est un lieu pratiquant généralement la non-mixité. En effet depuis plusieurs années et notamment dans la région HdF ou ailleurs, des expérimentations dans ce sens ont été débutées (chorale du CP de Bapaume, quartier mixte à Bordeaux). Dans un même élan, les soins dévolus à la population carcérale s'adaptent en respectant cette particularité.

Les données actuelles de la littérature représentent de façon incomplète la santé mentale de la population carcérale féminine.

Nous savons aussi que la littérature rapporte une prévalence de troubles mentaux significativement supérieure en population carcérale par rapport à la population générale. Secondairement, cette même littérature retrouve des différences entre les prévalences retrouvées en population carcérale féminine versus population générale féminine encore plus importante que chez les hommes.

Peut-on retrouver des résultats similaires en étudiant les caractéristiques cliniques et socio-démographiques de la population des femmes incarcérées dans la région ?

B. Hypothèses

Hypothèse générale : la prévalence de troubles mentaux retrouvés en population carcérale féminine est significativement plus élevée qu'en population générale féminine.

Hypothèse secondaire : la différence de prévalence de troubles mentaux retrouvés entre la population carcérale féminine des HdF et la population générale de même sexe est plus importante que la différence retrouvée chez les hommes.

C. Description de L'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle transversale et multicentrique dont l'objectif principal est descriptif. L'ensemble de la population des patientes majeures ayant été incarcérées entre le 1^{er} janvier 2018 au 31 décembre de la même année ont été inclus rétrospectivement. Pour chaque patient, des données ont été recueillies à partir de leur dossier médical, comprenant les observations cliniques et les courriers médicaux. Les logiciels de diagnostics et les données PMSI-MCO recueillies auprès des DIM et DIRM respectifs.

Bases médico-administratives

Dans le cadre de l'étude les variables socio-démographiques des patientes prises en charges ont été prélevées (âge, statut marital, nombre d'enfants. Le logiciel CORA a été utilisé pour récupérer tous les actes et diagnostics réalisées dans les différentes unités fonctionnelles (UF) des Hauts-de-France.

Les diagnostics sont entrés selon la classification internationale 10^{ème} édition⁴ (CIM 10). Les codes Z650 et Z651 sont des diagnostics associés par convention lors des actes médicaux réalisés sur un détenu. Lors du recueil, il est apparu que ces codes

⁴ La Classification internationale des maladies (CIM) est une classification médicale codifiée classifiant les maladies et une très vaste variété de signes, symptômes, lésions traumatiques, empoisonnements, circonstances sociales et causes externes de blessures ou de maladies.

étaient utilisés comme diagnostics principaux voire comme unique diagnostic. Ils n'ont pas été retenus comme significatifs pour l'analyse.

Les données recueillies étaient :

- Sociodémographiques : âge, sexe, nombre d'enfants, statut marital, secteur psychiatrique rattachement, le DSP ou l'UHSA.
- Cliniques : diagnostic principal, diagnostic(s) associé(s), tentatives d'autolyse documentées dans le dossier médical ou codées dans le recueil PMSI⁵ selon la classification CIM-10.
- Administration pénitentiaire : motif d'infraction toutes affaires confondues, effectif, taux de prévenues/condamnées.

D. Population étudiée

Les critères d'inclusion étaient :

- Femmes incarcérées dans l'un des centres pénitentier des Hauts de France (Sequedin, Beauvais, Valenciennes, Bapaume) ;
- Majeures à l'entrée
- Entre le 01/01/2018 et 31/01/2018

Les critères de non inclusion étaient :

- Les hommes ;
- Age < 18 ans ;
- Absence majeure de données dans le dossier médical,

⁵ Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) est un dispositif faisant partie de la réforme du système de santé français ayant pour but la réduction des inégalités de ressources entre les établissements de santé. Afin de mesurer l'activité et les ressources des établissements, il est nécessaire de disposer d'informations quantifiées et standardisées.

E. Outils statistiques

Méthodes et analyses statistiques.

Estimation de l'exhaustivité a été effectuée par rapprochement des effectifs.

Les variables quantitatives ont été décrites par leur moyenne et leur écart-type. Les variables qualitatives par les effectifs et pourcentages des modalités possibles. Pour comparer le groupe « UHSA » au groupe « non UHSA », des tests de Student ont été utilisés pour comparer les moyennes, et des tests de Chi-2 pour comparer les proportions. Dans le cas où les conditions nécessaires à la réalisation du test de Chi-2 n'étaient pas respectées (effectifs théoriques inférieurs à 5), le test non paramétrique de Fisher était réalisé.

Une p-valeur inférieure à 0,05 indiquait un test significatif. Les analyses ont été réalisées avec les logiciels Excel et R 3.5.1.

Aspects règlementaires

Dans un souci de confidentialité les données analysées ne comportent aucun renseignement nominatif ni d'état civil, dans le respect de l'anonymat.

RESULTATS

Description de la population carcérale féminine de la région

466 femmes majeures ont été inscrites durant l'année 2018 dans les bases médico-administratives des différentes USMP de la région. 434 en excluant l'UHSA. A noter que l'effectif des différents centres pénitenciers de la région est disponible en **annexe 4**.

Tableau 3. Caractéristiques des détenues de la région

	N = 466	
UHSA, n (%)	32	(6.9)
Age, m (sd)	35,7	(11.4)
Nombre d'enfants, n (%)		
0	54	(11.6)
1	17	(3.6)
2	20	(4.3)
3	12	(2.6)
4+	22	(4.7)
Situation familiale		
Célibataire	45	(9.7)
En concubinage	1	(0.2)
Marié(e)	6	(1.3)
Divorcée	5	(1.1)
Inconnue	3	(0.6)
Nombre de diagnostics, n (%)		
0	53	(11.4)
1	103	(22.1)
2	104	(22.3)
3	92	(19.7)
4	57	(12.2)
5+	57	(12.2)

L'âge moyen des femmes incarcérées est de 35,7 ans. Une part importante (87.1%) des femmes détenues incluses n'ont pas d'information recensée pour la donnée « statut marital », mais lorsque l'information est disponible on retrouve 9.7% célibataires, 6% sont mariées ou vivent maritalement, avec enfant(s) le plus souvent. Les données sociodémographiques concernant le nombre d'enfants et le statut marital sont incomplètement recensées dans les bases informatiques.

Principaux diagnostics retrouvés en USMP

Nous avons recueilli tous les diagnostics (principaux et associés) des femmes consultant en USMP durant l'année 2018, durant l'entretien d'entrée ou durant un entretien de suivi de la personne détenue. Ici seuls les diagnostics psychiatriques nous intéressaient et sont alternativement décrits par catégories ou trouble mental spécifique correspondant au codage CIM 10 retrouvé.

Tableau 4. Proportion des principaux diagnostics retrouvés chez les détenues recensées dans les bases médico-administratives des USMP de la région en 2018 (N=434)

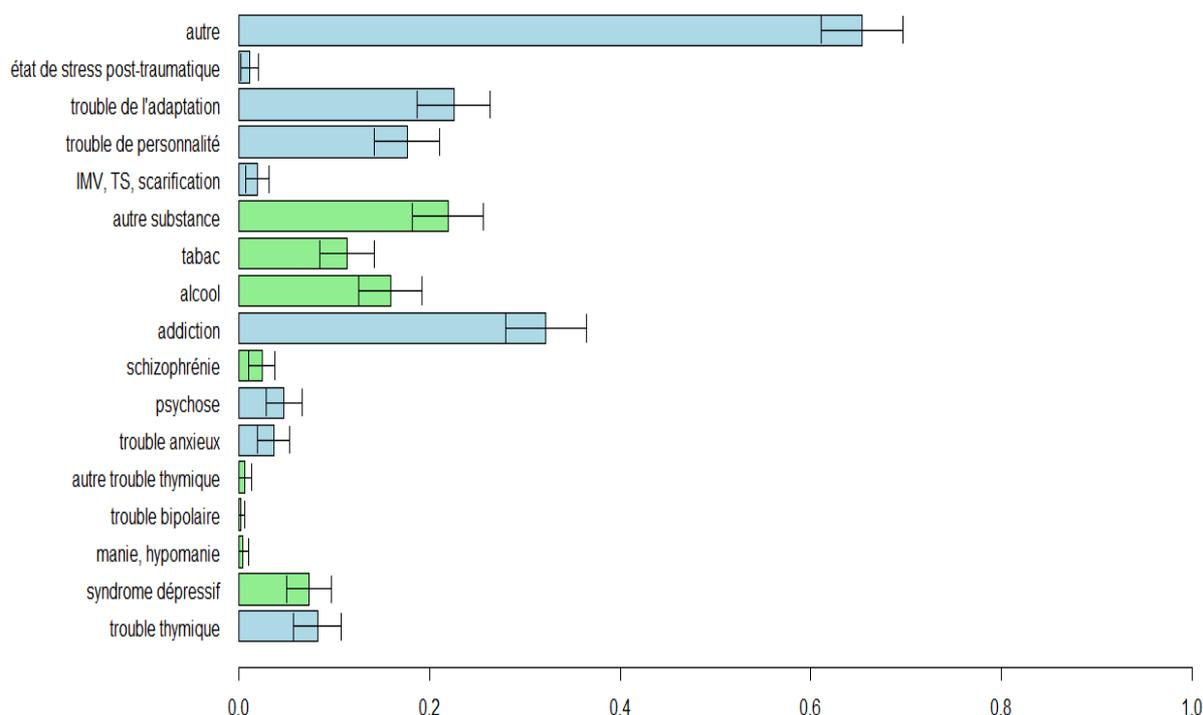
	Sans l'UHSA	
UHSA, n (%)	N = 434	
Age, m (sd)	35.3	(11.2)
Pathologies, n (%)		
Trouble thymique	32	(7.4)
Syndrome dépressif	29	(6.7)
Manie, hypomanie	1	(0.2)
Trouble bipolaire	0	(0.0)
Trouble thymique autre	1	(0.2)
Trouble anxieux	12	(2.8)
Psychose	14	(3.2)
Schizophrénie	8	(1.8)
Addiction	150	(34.6)
Alcool	74	(17.0)
Tabac	54	(12.4)
Autres substances	103	(23.6)
IMV, TS, scarification	9	(2.1)
Trouble de personnalité	68	(15.6)
Trouble de l'adaptation	103	(23.8)
Etat de stress post-traumatique	5	(1.2)
Autre	289	(66.6)
Nombre d'enfants, n (%)		
0	53	(12.2)

1	17	(3.9)
2	18	(4.1)
3	11	(2.5)
4+	20	(4.6)
Situation familiale		
Célibataire	45	(10.4)
En concubinage	1	(0.2)
Marié(e)	6	(1.4)
Divorcée	4	(0.9)
Inconnue	3	(0.7)
Nombre de diagnostics, m (sd)	2.5	(1.8)
Nombre de diagnostics, n (%)		
0	51	(11.8)
1	90	(20.7)
2	95	(21.9)
3	89	(20.5)
4	56	(12.9)
5+	53	(12.2)

On retrouve une majorité de troubles de l'adaptation (23,8%) et de dépendance aux substances psychotropes (34,6%). La proportion de psychose dont la schizophrénie est la plus fréquente avec 1,8%. Un certain nombre de données étaient manquantes concernant les caractéristiques socio-démographiques, elles n'apparaissent pas dans les tableaux pour plus de lisibilité. Un tableau complet est disponible en **annexe 5**.

Pour rappel, le diagnostic le plus fréquemment retrouvé est Z651 : difficultés liées à un emprisonnement et autre incarcération, bien qu'il doive apparaître en tant que diagnostic associé pour tous les individus examinés en détention, il était présent chez plus de 60% des personnes décrites et représentait pour une minorité d'individus le seul diagnostic posé. Il est répertorié dans la catégorie « autre » aux côtés des autres codes CIM ne représentant pas d'intérêt pour l'étude. Selon la **figure 4** on peut apprécier la proportion de pathologies retrouvées en tant que diagnostic principal ou associé significatif pour l'étude.

Figure 4. Proportions des pathologies psychiatriques retrouvées dans la population carcérale féminine des HdF en 2018.



Lecture : En bleu, les catégories (psychose, trouble thymique...) en vert, les pathologies spécifiques (schizophrénie, syndrome dépressif...)

Les catégories ont été construites selon leur code CIM 10 correspondant⁶. Certains troubles spécifiques apparaissent à part de leur catégorie pour les mettre en avant (troubles de l'adaptation par exemple).

Les troubles de l'adaptation, les addictions et les troubles de la personnalité apparaissent particulièrement fréquents dans cette population puisque chacune de ces catégories concerne plus de la moitié des diagnostics recueillis. Par ailleurs, près d'un tiers des femmes présente une dépendance (substances ou alcool).

Compte tenu du nombre élevé de troubles par personne (1 diagnostic psychiatrique pour un peu moins de 90% de l'échantillon et au moins 2 diagnostics pour deux tiers des sujets) les associations de troubles sont fréquentes dans cette population (voir **figure 5**) :

⁶ Addiction : F1 ; Alcool : F10 ; Tabac : F17 ; Autres substances : F11-16. Trouble thymique autre. Psychose : F2 Schizophrénie : F29. Trouble thymique : F3 Syndrome dépressif : F33 ; Manie/hypomanie : F34 ; Trouble bipolaire : F35. Trouble anxieux : F41 ; Trouble de l'adaptation : F43 ; Etat de stress post-traumatique : F45 ; Trouble de personnalité : F6 ; IMV, TS, scarification : X7. Autre (sans ordre) : Z651, Z133, Z659, F7, F5...

L'association addiction - troubles de l'adaptation (54%) apparaît comme la plus fréquente ;

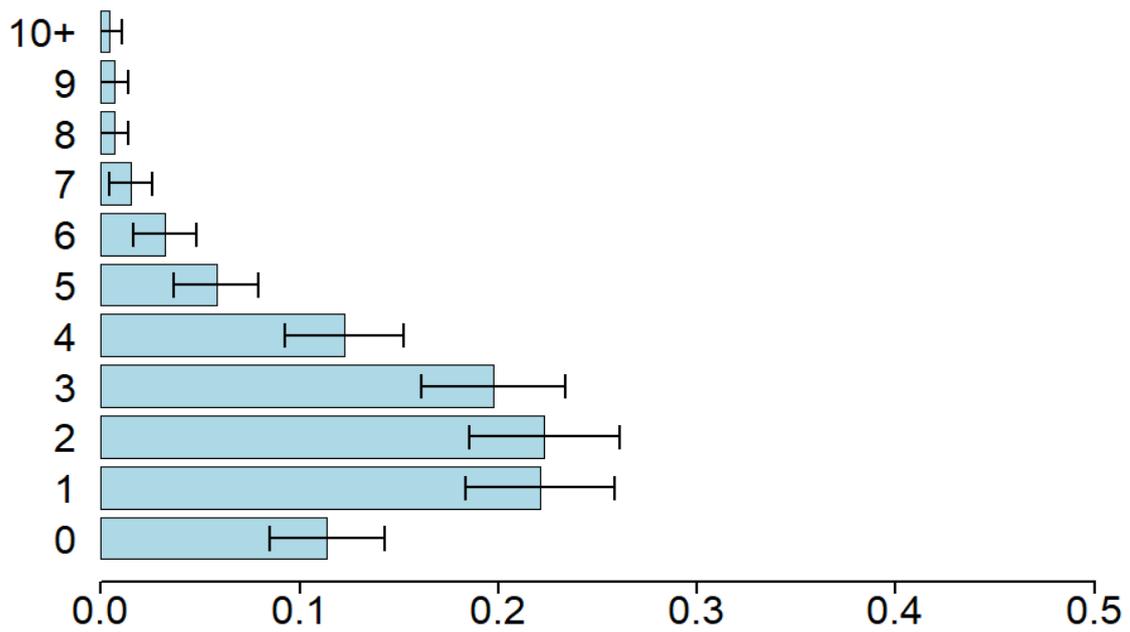
Les combinaisons suivantes : Addiction – troubles de personnalité (50%), addiction – troubles thymiques (40%), dépendance - troubles psychotiques (36%) sont les plus représentées dans l'échantillon.

Les troubles anxieux sont fréquents, essentiellement sous forme de trouble de l'adaptation avec manifestation mixte anxieuse et dépressive (F43.2).

La population étudiée est particulièrement touchée par des problèmes d'abus/dépendance, de substances illicites (cannabis, opiacés, cocaïne) surtout. Mais aussi à l'alcool qui se situe à 15,9% le plus souvent en association avec les autres substances psychotropes.

Les troubles thymiques quant à eux représentent 7,4% des pathologies retrouvées principalement des syndromes dépressifs (6,7%).

Un trouble psychotique est diagnostiqué pour 3,2% femmes. Il s'agit surtout de schizophrénie (1,8%).

Figure 5. Nombre de diagnostics par individu

On retrouve 1 diagnostic psychiatrique pour un peu moins de 90% de l'échantillon et au moins 2 diagnostics pour deux tiers des sujets. Ce qui suggère une tendance aux comorbidités dans cette population.

Situation judiciaire des femmes détenues dans la région

En 2018, 27218 journées de détentions écoulées pour des individus prévenus (29.67 %) contre 64516 en tant que condamnés. La durée moyenne d'incarcération n'est pas disponible.

Tableau 5. Nombre de femmes hébergées selon le type d'infractions par établissement au sein de la DISP de Lille.

	01/01/2018	31/12/2018
	N = 217	N = 271
Proportion de prévenus	29.95 %	26.57 %
Type d'infraction ayant entraîné l'incarcération (TAC*)		
Atteinte aux biens	59	85
Atteinte aux personnes humaines	156	167
Atteinte à l'autorité de l'état	57	57
Crimes de guerre	9	15
Infraction à la législation du travail	2	1
Infraction à la réglementation de la circulation	21	25
Infraction en matière de santé publique	22	38
Infractions financières	17	27
Atteinte à l'environnement	0	1
Non référencé	1	0

Source : DISP de Lille

Le **tableau 5** rapporte le nombre d'individus incarcérées et le type d'infractions. Un individu peut purger une peine pour plusieurs infractions selon le principe de confusion de peine, ce qui explique un nombre d'infractions toutes affaires confondues (TAC) plus important que l'effectif recensé.

L'atteinte aux personnes humaines reste le motif d'incarcération le plus fréquent chez les femmes en milieu fermé, l'atteinte au bien arrive juste derrière avec l'atteinte à l'autorité de l'état. Les procédures criminelles et correctionnelles n'y sont pas détaillées bien qu'une estimation proche peut être obtenue en observant principalement les chiffres correspondant aux atteintes aux personnes humaines et aux crimes de guerre. On retrouve une proportion de prévenus avoisinant le tiers de l'effectif, ce qui est en accord avec le rapport du ministère de la Justice : des affaires moins lourdes, moins complexes, moins nombreuses qui donnent lieu à des procédures rapidement jugées. Les résultats détaillés par centre sont disponibles dans **l'annexe 2**.

Les caractéristiques des patientes décrites en UHSA

Une distinction importante a été appliquée aux résultats recueillis dans l'UF 7093 unité de soins hospitaliers (la seule accueillant des femmes) durant l'année 2018. Il s'agit d'une unité de soins hospitaliers (de niveau 3). Il existait un risque de compter plusieurs fois les sujets ayant été suivi successivement en unité ambulatoire dans une des USMP de la région puis hospitalisés en UHSA. Aussi, de par sa fonction, l'UHSA accueille des patientes présentant des pathologies plus graves requérant un suivi rapproché, représentant un risque pour elles-mêmes et/ou pour les autres.

Tableau 6. Caractéristiques des femmes hospitalisées à l'UHSA durant l'année 2018

	UHSA N = 32		P
Age, m (sd)	40.1	(13.6)	0.064
Nombre d'enfants, n (%)			
0	1	(3.1)	
1	0	(0.0)	
2	2	(6.2)	
3	1	(3.1)	
4+	2	(6.2)	
Situation familiale			
Célibataire	0	(0.0)	
En concubinage	0	(0.0)	
Marié(e)	0	(0.0)	
Divorcée	1	(3.1)	
Inconnue	0	(0.0)	
Nombre de diagnostics, m (sd)	2.2	(2.1)	0.505
Nombre de diagnostics, n (%)			
0	2	(6.2)	
1	13	(40.6)	
2	9	(28.1)	
3	3	(9.4)	
4	1	(3.1)	
5+	4	(12.4)	

Les données sociodémographiques concernant le statut marital n'ont pas été recensées dans les bases informatiques pour cette UF, contrairement aux autres USMP où un recoupement avec d'autres bases étaient possible. Cependant, on retrouve un âge moyen d'environ 40 ans et à 5 le nombre maximum de diagnostics par individus.

Principaux diagnostics retrouvés en UHSA

Tableau 7. Proportion des principaux diagnostics retrouvés chez les détenues décrites dans l'UF 7093 en 2018 (N=32)

		UHSA	P
		N = 32	
Pathologies, n (%)			
Trouble thymique	6	(18.8)	0.036*
Syndrome dépressif	5	(15.6)	0.073
Manie, hypomanie	1	(3.1)	0.133
Trouble bipolaire	1	(3.1)	0.069
Trouble thymique autre	2	(6.2)	0.013
Trouble anxieux	5	(15.6)	0.004
Psychose	8	(25.0)	<0.001*
Schizophrénie	3	(9.4)	0.033
Addiction	0	(0.0)	<0.001
Alcool	0	(0.0)	0.005
Tabac	0	(0.0)	0.039
Autres substances	0	(0.0)	<0.001
IMV, TS, scarification	0	(0.0)	1.000
Trouble de personnalité	14	(43.8)	<0.001*
Trouble de l'adaptation	2	(6.2)	0.026
Etat de stress post-traumatique	0	(0.0)	1.000
Autre	16	(50.0)	0.081

* significativité du test

On observe que les résultats les plus significatifs en UHSA concernent les troubles de la personnalité (43,8%) $p < 0,001$; la psychose (25%) $p < 0,001$. Les troubles thymiques représentent 18,8% $p < 0,05$ avec les troubles thymiques autres atteignant le seuil de significativité.

Les addictions ne sont pas retrouvées dans cette partie de l'échantillon.

Comparaison USMP vs UHSA

Tableau 8. Comparaison des patientes en USMP vs UHSA

	USMP N = 434		UHSA N = 32		P
Age, m (sd)	35.3	(11.2)	40.1	(13.6)	0.064
Pathologies, n (%)					
Trouble thymique	32	(7.4)	6	(18.8)	0.036*
Syndrome dépressif	29	(6.7)	5	(15.6)	0.073
Manie, hypomanie	1	(0.2)	1	(3.1)	0.133
Trouble bipolaire	0	(0.0)	1	(3.1)	0.069
Tbl. Thymique autre	1	(0.2)	2	(6.2)	0.013*
Trouble anxieux	12	(2.8)	5	(15.6)	0.004
Psychose	14	(3.2)	8	(25.0)	<0.001*
Schizophrénie	8	(1.8)	3	(9.4)	0.033*
Addiction	150	(34.6)	0	(0.0)	<0.001
Alcool	74	(17.0)	0	(0.0)	0.005
Tabac	54	(12.4)	0	(0.0)	0.039
Autres substances	103	(23.6)	0	(0.0)	<0.001
IMV, TS, scarification	9	(2.1)	0	(0.0)	1.000
Trouble de personnalité	68	(15.6)	14	(43.8)	<0.001*
Trouble de l'adaptation	103	(23.8)	2	(6.2)	0.026*
ESPT	5	(1.2)	0	(0.0)	1.000
Autre	289	(66.6)	16	(50.0)	0.081
Nombre d'enfants, n (%)					

0	53	(12.2)	1	(3.1)	
1	17	(3.9)	0	(0.0)	
2	18	(4.1)	2	(6.2)	
3	11	(2.5)	1	(3.1)	
4+	20	(4.6)	2	(6.2)	
Situation familiale					
Célibataire	45	(10.4)	0	(0.0)	
En concubinage	1	(0.2)	0	(0.0)	
Marié(e)	6	(1.4)	0	(0.0)	
Divorcée	4	(0.9)	1	(3.1)	
Inconnue	3	(0.7)	0	(0.0)	
Nombre de diagnostics, m (sd)	2.5	(1.8)	2.2	(2.1)	0.505
Nombre de diagnostics, n (%)					
0	51	(11.8)	2	(6.2)	
1	90	(20.7)	13	(40.6)	
2	95	(21.9)	9	(28.1)	
3	89	(20.5)	3	(9.4)	
4	56	(12.9)	1	(3.1)	
5+	53	(12.2)	4	(12.4)	

* significativité du test

Lorsque l'on compare les résultats retrouvés en USMP avec ceux retrouvés en UHSA, seules les comparaisons exploitables sont : les troubles thymiques retrouvés deux fois plus en UHSA (7,4 contre 18,8%), la psychose multipliée par un facteur 8 (3,2 contre 25%) par 5 concernant la schizophrénie (1,8 contre 9,4%) et les troubles de personnalité trois fois plus fréquemment (15,6 contre 43,8%). Ces résultats observent une tendance prévisible qu'il convient de comparer par la suite aux prévalences de la population générale.

Comparaison avec les résultats retrouvés en population générale

Tableau 9. Comparaison avec la population générale française féminine

	Smfc (en %)	Population générale féminine (en %)
Trouble thymique	(8.2)	-
Syndrome dépressif	(7.3)	7,8 à 15
Manie, hypomanie	(0.4)	-
Trouble bipolaire	(0.2)	1 à 2,5
Trouble thymique autre	(0.6)	1,4
Trouble anxieux	(26.1)	3,6
Trouble de l'adaptation	(22.5)	-
Troubles anxieux autres	(3.6)	-
Etat de stress post-traumatique	(1.1)	0,7
Psychose	(4.7)	0,25* ou 0,31**
Schizophrénie	(2.4)	0,12 ou 0,11
Addiction	(32.2)	-
Alcool	(15.9)	5,1
Tabac	(11.6)	28,7
Autres substances	(21.9)	3,3***
IMV, TS, scarification	(1.9)	0,39
Trouble de personnalité	(17.6)	10
Autre	(65.4)	

* chiffre retrouvé en milieu hospitalier

** chiffre retrouvé en ambulatoire

*** estimation en population générale

Sources : pour les résultats en population générale (54–58)

Les troubles anxieux sont multipliés par 7,25 (26,1 contre 3,6%) dans l'échantillon par rapport à la population générale féminine, les psychoses par un facteur 15 voire 19 selon les sources (4,7 contre 0,25 ou 0,31% selon la source) idem pour la schizophrénie avec un facteur 20 (2,4 contre 0,12 ou 0,11%). Les résultats concernant les addictions toutes substances illicites confondues (cannabis, cocaïne, opiacés, amphétamines, sédatifs) ainsi que la dépendance à l'alcool (15,9 vs 5,1%) observent une tendance similaire avec un taux 6 fois plus important (21,9 contre 3,3%). D'autre part, les résultats retrouvés pour le syndrome dépressif et le trouble bipolaire

(respectivement : 7,3 vs 7,8 à 15% selon la classe d'âge ; 0,2 vs 1 à 2,5%) sont plus bas que les taux retrouvés en population générale. Il en va de même pour les prévalences d'addiction au tabac (11,6 vs 28,7%).

Comparaison avec les résultats retrouvés dans la littérature.

Tableau 10. Comparaison avec les résultats retrouvés dans la littérature.

	Smfc (2018)	Rouillon & Falissard (2004)	Fazel & Baillargeon (2011)
Trouble thymique	(8.2)	-	
Syndrome dépressif	(7.3)	38	12
Manie, hypomanie	(0.4)	6,9	-
Trouble bipolaire	(0.2)	5,3	-
Trouble thymique autre	(0.6)	1,4	-
Trouble anxieux	(26.1)	-	-
Trouble de l'adaptation	(22.5)	-	-
Troubles anxieux autres	(3.6)	-	-
Psychose	(4.7)	22,7	4
Schizophrénie	(2.4)	8,2	-
Addiction	(32.2)	70	-
Alcool	(15.9)	29,2	10-24
Tabac	(11.6)	-	-
Autres substances	(21.9)	39,4	30-60
IMV, TS, scarification	(1.9)	-	-
Trouble de personnalité	(17.6)	-	42
Etat de stress post-traumatique	(1.1)	22,2	10-21
Autre	(65.4)	-	-

A titre indicatif, le **tableau 10** regroupe les études de référence en termes de prévalences de troubles psychiatrique en population carcérale, les effectifs et la méthodologie n'étant pas comparables.

DISCUSSION

A. Réponse à la question principale

L'étude transversale avait pour objectif d'estimer la prévalence des troubles psychiatriques chez les femmes recensées dans les bases médico-administratives des USMP de la région des Hauts de France au cours de l'année 2018. Puis de comparer ces résultats à ceux retrouvés en population générale française de même sexe.

Ce travail présente plusieurs points forts comme l'exhaustivité du recueil et la distinction d'un échantillon conséquent en différents niveaux de soins. Les prévalences trouvées dans l'étude transversale sont élevées pour certaines pathologies comme le trouble de l'adaptation, la psychose, les troubles de personnalité et l'addiction. Cependant, d'autres pathologies comme les troubles thymiques ou les violences auto-infligées sont moins fréquemment retrouvés (2 à 10 fois moins pour les troubles thymiques) qu'en population générale.

Ces différences peuvent trouver plusieurs interprétations :

- Une particularité de la population féminine carcérale régionale ;
- Et, plus probablement, une conséquence de la méthode de recueil utilisée.

Tout d'abord les études citées utilisent des questionnaires *Mini International Neuropsychiatric Interview*⁷ (MINI) pour leur méthodologie. En prenant une étude qui a l'avantage d'avoir une méthodologie similaire comme *L'incarcération des personnes souffrant de troubles mentaux* (J. Gonfroy, L. Plancke, A. Amariei, 2018)(59) on retrouve une prévalence de troubles psychiatriques plus élevées pour les addictions (F1), les troubles névrotiques (F4) et les troubles de la personnalité (F6) mais cette fois dans une population majoritairement masculine. Cette étude soulève également

⁷ Est un entretien diagnostique structuré, d'une durée de passation brève (moyenne 18,7 min. ± 11,6 min.; médiane 15 minutes), explorant de façon standardisée, les principaux Troubles psychiatriques de l'Axe I du DSM. Le M.I.N.I. peut être utilisé par des cliniciens, après une courte formation. Les enquêteurs non-cliniciens, doivent recevoir une formation plus intensive

une exhaustivité insuffisante et des pratiques de codage hétérogènes qui tendent à sous évaluer les prévalences de pathologie.

Un premier élément de réponse vient de l'utilisation fréquente du diagnostic F43.2 qui regroupe une symptomatologie mixte anxieuse et dépressive se confondant avec les autres catégories de troubles névrotiques (F4) et thymiques (F3). Le milieu carcéral serait un milieu particulier avec une influence sur les critères diagnostiques, attribuant plus fréquemment les symptômes anxio-dépressifs à une adaptation difficile au contexte carcéral.

Secondairement, la tendance observée est un nombre limité de consultation pour la plupart des femmes de l'échantillon, avec très souvent l'entretien d'entrée comme seule opportunité de dépister des troubles.

Dernièrement, la population étudiée tend à user plus fréquemment de substances psychotropes pour faire face aux situations de crise. Les troubles liés à l'usage regrouperaient une part non négligeable des états dépressifs caractérisés retrouvés dans la population générale. On est aussi en droit de penser que les troubles thymiques sévères repérés sont directement transférés sur secteur ou vers l'UHSA. Une interprétation solide lorsque l'on retrouve une prévalence de troubles thymiques 2,5 fois plus élevée en UHSA qu'en USMP (voir **tableau 8**). De manière générale, les services de soins hospitaliers (niveau 3) regroupent une majorité des troubles psychiatriques les plus sévères. Cette tendance se confirme d'autant plus en milieu carcéral et d'avantage pour cette population spécifique.

B. Limites et mises en perspectives

1. Exhaustivité du recueil

Nous avons recueilli les informations concernant l'ensemble de la population de femmes détenues écrouées dans la région des Hauts de France. Bien que ce nombre soit conséquent (466 patientes) il ne rend pas compte des détenues suivies en semi-liberté ou en milieu ouvert (ces dernières sont suivies en dehors du secteur des USMP et ne sont donc pas identifiables dans les bases médico-administratives), nous pouvons néanmoins parler d'exhaustivité des données et d'une bonne puissance.

Cependant, le codage n'est pas uniforme d'une USMP à l'autre, certains centres chargent les médecins du codage, pour d'autres ce sont les psychologues qui s'en chargent. Il demeure une part (infime) de détenues qui refusent tout examen y compris celui d'entrée.

Afin d'appréhender les résultats, la composition de l'échantillon peut être appréciée en comparant le nombre de personnes recensées au cours de l'année 2018 au nombre d'entrées réalisées au 1^{er} janvier de la même année dans le tableau suivant :

Tableau 11. Nombres de détenues recensées dans les 4 USMP des Hauts-de-France prenant en charge des femmes et nombre d'entrées au 1er janvier 2018

USMP	Décrites	Entrées
Bapaume	33	66
Beauvais	5	34
Sequedin	296	90
Valenciennes	100	27

Sources : DIM/DIRM, DISP de Lille.

2. Manque de données

Pour des raisons d'éthique et de confidentialité, il était impossible de relier individuellement le motif d'incarcération et les données médicales psychiatriques, le but de l'étude n'était pas d'analyser leur lien mais de présenter, à visée informative les statistiques judiciaires d'une population marquée néanmoins par l'infraction.

Le nombre de consultation n'apparaît pas dans les résultats en raison d'un manque de données pour plusieurs centres.

Les antécédents n'étaient pas disponibles dans les bases informatiques. Nous regrettons toutes ces données manquantes liées d'une part à notre méthode de recueil et à un défaut de renseignement systématisé dans les différents centres. Pour exemple, le centre de Bapaume n'enregistre dans sa base aucune addiction retrouvée sur l'ensemble des femmes incarcérées durant l'année. Une limite qui illustre bien l'hétérogénéité du recueil.

Ensuite, le nombre de places théoriques dans notre région est relativement important au regard de l'effectif sur l'année 2018. Avec un taux d'occupation rarement au-dessus de 90%, la généralisation des résultats à d'autres régions de France semble compliquée voire impossible.

Il est à noter que toutes les limites mises à jour permettent de conclure à une sous-estimation des prévalences de troubles mentaux retrouvés en population carcérale féminine.

Les systèmes informatiques se font une place de plus en plus importante dans nos pratiques de soin. Il serait intéressant d'anticiper les mutations liées à ces outils et d'homogénéiser, à terme, peut être mettre en place des recommandations de bonnes pratiques concernant leur utilisation.

3. Perspectives

Devant les résultats hétérogènes retrouvés dans notre étude, il est nécessaire d'approfondir nos connaissances sur la santé mentale des femmes détenues. Afin de ne pas se contenter des résultats obtenus en population carcérale totale, non-applicables à un nombre toujours grandissant de femmes mais aussi afin d'améliorer l'offre de soins en qualité mais aussi en termes d'égalité d'accès. En janvier 2018, le comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) (60) a mis en avant la thématique des femmes en prison dans le but déterminer les besoins spécifiques des détenues et ainsi promouvoir l'égalité d'accès à la santé et aux activités en prison.

Très peu d'études se focalisent sur les femmes incarcérées. Une perspective souhaitable serait d'élargir le dépistage des troubles psychiatriques au milieu « ouvert » ou d'effectuer une revue systématique des prévalences spécifiquement dans cette population. De plus, accompagner les patientes incarcérées tout au long de leur peine avec des pratiques de soins axées vers le rétablissement et « *l'empowerment*⁸ » notamment en lien avec l'extérieur permettrait une approche globale du soin et de la santé. Particulièrement pour cette population, un accès égal aux soins serait également une avancée intéressante : pour exemple, le SMPR d'Annœullin propose dans son HDJ des sessions centrées sur les addictions et d'autres sur l'appropriation diagnostique mais ne peut accueillir cette population féminine en raison de la non-mixité dans cet établissement. Des outils performants mais inaccessible à une population particulièrement touchée par ces problématiques.

Cette étude n'incluait pas les femmes mineures incarcérées. Dans un sens, nous participons partiellement à l'ostracisation d'une partie encore plus invisible de la détention. Une étude qui leur serait spécifiquement dédiée consisterait également une perspective d'actualisation de nos connaissances.

⁸ L'**empowerment**, ou **autonomisation**, est l'octroi de davantage de pouvoir à des individus ou à des groupes pour agir sur les conditions sociales, économiques, politiques ou écologiques auxquelles ils sont confrontés.

CONCLUSION

La population féminine carcérale française se démarque par plusieurs aspects : sa stabilité, mais surtout par ses particularités. Il s'agit d'une population dans l'ensemble plus âgée mais aussi plus connotée dans la société et les institutions de par leur statut fréquent de mère. Elle reste cependant marquée par les traumatismes, une grande précarité et surtout une forte vulnérabilité aux troubles psychiatriques. Loin des idéologies libertaires ou liberticides, le travail effectué ici propose un regard attentif mais dépassionné sur ces femmes, les caractéristiques de leurs troubles mentaux et leurs besoins spécifiques.

Les principaux problèmes concernant cette population sont : le manque de connaissances spécifiques en termes de santé mentale et l'inadaptation de l'offre de soin proposée. Nous l'avons vu, la tentative d'intégrer les femmes dans un système principalement pensé pour les hommes a atteint ses limites. L'objectif, à terme, serait de parvenir à répondre de façon adéquate aux besoins de santé mentale des détenues en améliorant l'accessibilité ou en mutualisant les réflexions sur la mixité dans le soin en milieu carcéral.

BIBLIOGRAPHIE

1. Prisons OI des Femmes détenues [Internet]. oip.org. [cité 16 mars 2019]. Disponible sur: <https://oip.org/decrypter/thematiques/femmes-detenues/>
2. Penrose LS. Mental Disease and Crime: Outline of a Comparative Study of European Statistics. *British Journal of Medical Psychology*. 1939;18(1):1-15.
3. Thomas P, Fovet T, Amad A. Psychiatrie en milieu pénitentiaire, entre nécessité et ambiguïté. /data/revues/00034487/v173i4/S0003448715001079/ [Internet]. 14 mai 2015 [cité 28 mai 2019]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/976838>
4. Glaze LE, Kaeble D. *Correctional Populations in the United States, 2013*. 2013;14.
5. World Female Imprisonment List (fourth edition) | World Prison Brief [Internet]. [cité 28 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.prisonstudies.org/news/world-female-imprisonment-list-fourth-edition>
6. Bard C, Chauvaud F, Perrot M, Petit J-G, éditeurs. Liste des auteurs. In: *Femmes et justice pénale : XIXe-XXe siècles* [Internet]. Rennes: Presses universitaires de Rennes; 2015 [cité 26 juill 2018]. p. 7. (Histoire). Disponible sur: <http://books.openedition.org/pur/16154>
7. Leschi D. F. Muel-Dreyfus, Vichy et l'éternel féminin. *Politix Revue des sciences sociales du politique*. 1996;9(34):228-31.
8. Ripa (Yannick), Ripa (Yannick). Ripa (Yannick). *La ronde des folles. Femme, folie et enfermement au XIXe siècle*, Paris, Aubier, 1986, 217 p. [Internet]. <https://criminocorpus.org>. 1986 [cité 2 juin 2019]. Disponible sur: <https://criminocorpus.org/fr/outils/bibliographie/consultation/ouvrages/90788/>
9. Archives de l'anthropologie criminelle (tome 1 ; 1886) [Internet]. <https://criminocorpus.org>. 1886 [cité 2 juin 2019]. Disponible sur: <https://criminocorpus.org/fr/bibliotheque/doc/1/>
10. Sheffield R. *The Criminality of Women*. By Otto Pollak. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1950. 180 pp. \$3.50. *Soc Forces*. 1 mai 1951;29(4):461-2.
11. Lombroso C (1835-1909) A du texte, Ferrero G (1871-1942) A du texte. *La femme criminelle et la prostituée* / par C. Lombroso et G. Ferrero ; traduction de l'italien par Louise Meille, revue par M. Saint-Aubin,... [Internet]. 1896 [cité 22 avr 2019]. Disponible sur: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k83334g>
12. Booth A, Granger DA, Mazur A, Kivlighan KT. Testosterone and Social Behavior. *Social Forces*. 1 sept 2006;85(1):167-91.
13. Blitz CL, Wolff N, Pan K-Y, Pogorzelski W. Gender-Specific Behavioral Health and Community Release Patterns Among New Jersey Prison Inmates: Implications for Treatment and Community Reentry. *American Journal of Public Health*. oct 2005;95(10):1741-6.
14. Cario R. *Femmes et criminelles*. Érès; 1992. 348 p.
15. Hurtig M-C, Pichevin M-F. La variable sexe en psychologie: donné ou construct? [Sex as a variable in psychology—given or construct?]. *Cahiers de Psychologie Cognitive/Current Psychology of Cognition*. 1985;5(2):187-228.

16. Durkheim E, Paugam S. De la division du travail social. 8e édition. Paris: Presses Universitaires de France - PUF; 2013. 416 p.
17. Un traitement judiciaire différent entre femmes et hommes délinquants – Femmes et hommes, l'égalité en question | Insee [Internet]. [cité 8 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2586464?sommaire=2586548>
18. Rubi S. Les comportements “déviant” des adolescentes des quartiers populaires : être “crapuleuse”, pourquoi et comment ? Travail, genre et sociétés. 2003;N° 9(1):39-70.
19. Justice / Portail / Les chiffres clefs [Internet]. 2018 [cité 7 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/les-chiffres-clefs-10041/>
20. Cardi C. Le contrôle social réservé aux femmes : entre prison, justice et travail social. Deviance et Societe. 2007;Vol. 31(1):3-23.
21. Junger-Tas J, Ribeaud D, Cruyff MJLF. Juvenile Delinquency and Gender. European Journal of Criminology - EUR J CRIMINOL. 1 juill 2004;1:333-75.
22. Cooper A, Smith EL. Homicide Trends in the United States, 1980-2008. 2011;36.
23. Steffensmeier D, Broidy L. Explaining female offending. Women, Crime, and Criminal Justice: Original Feminist Readings. 1 janv 2001;111-32.
24. Bellard C. Les crimes au féminin. [Texte imprimé]. l'Harmattan; 2010. (BibliothèqueS de droit).
25. Les infractions à la législation sur les stupéfiants entre 1990 et 2010 | Institut national des hautes études de la sécurité et de la justice - INHESJ [Internet]. [cité 2 juin 2019]. Disponible sur: <https://inhesj.fr/ondrp/publications/grand-angle/les-infractions-la-legislation-sur-les-stupefiants-entre-1990-et>
26. Wijkman M, Bijleveld C, Hendriks J. Female sex offenders: Specialists, generalists and once-only offenders. Journal of Sexual Aggression. 1 mars 2011;17:34-45.
27. Trébuchon C, Léveillé S. Abus sexuels au féminin. pv [Internet]. 2011 [cité 2 juin 2019];11(1). Disponible sur: <http://www.erudit.org/fr/revues/pv/2011-v11-n1-pv0267/1018815ar/>
28. Les femmes détenues [Internet]. justice.gouv.fr. [cité 4 juin 2019]. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/les-personnes-prises-en-charge-10038/les-femmes-detenu-es-10023.html>
29. Manuel au sujet des femmes détenues: mettre les Règles de Bangkok de l'ONU sur les prisonnières en pratique [Internet]. [cité 3 juin 2019]. Disponible sur: <https://idpc.net/fr/publications/2017/02/manuel-au-sujet-des-femmes-detenu-es-mettre-les-regles-de-bangkok-de-l-onu-sur-les-prisonnieres-en-pratique>
30. Selling LS. The Pseudo Family. American Journal of Sociology. 1 sept 1931;37(2):247-53.
31. A Ward D, Kassebaum, G G. Women`s prison : sex and social structure / by David A. Ward and Gene G. Kassebaum. SERBIULA (sistema Librum 20). 2 juin 2019;
32. Erez E, Laster K, M. Pollock-Byrne J. Women, Prison, and Crime. The Journal of Criminal Law and Criminology (1973-). 1 déc 1993;82:1190.

33. Jaquier V, Vuille J. Les femmes et la question criminelle: délits commis, expériences de victimisation et professions judiciaires. Zürich: Seismo; 2017. 510 p. (Questions de genre).
34. Kensey A, Benaouda A. Les risques de récidive des sortants de prison. Une nouvelle évaluation. :8.
35. Douglas N, Plugge E, Fitzpatrick R. The impact of imprisonment on health – What do women prisoners say? *Journal of Epidemiology and Community Health*. août 2009;63(9):749-n/a.
36. Code pénal - Article 122-1. Code pénal.
37. Place et évolution de la fonction de l'expertise psychiatrique [Internet]. [cité 5 juin 2019]. Disponible sur: <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf%26rm/Conf/confagrsex/RapportsExperts/Zagury.html>
38. France, Ministère de la justice, France, Ministère des affaires sociales et de la santé (2012- ...). *Prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice: guide méthodologique*. Paris: Ministère de la justice : Ministère des affaires sociales et de la santé; 2012.
39. Evaluation du plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice - IGAS - Inspection générale des affaires sociales [Internet]. [cité 3 juin 2019]. Disponible sur: <http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article542>
40. LOI n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. 2011-803 juill 5, 2011.
41. Monahan J, Steadman HJ. *Violence and Mental Disorder: Developments in Risk Assessment*. University of Chicago Press; 1996. 338 p.
42. Dubreucq J-L, Joyal C, Millaud F. Risque de violence et troubles mentaux graves. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. déc 2005;163(10):852-65.
43. Senon J-L, Manzanera C, Humeau M, Gotzamanis L. Les malades mentaux sont-ils plus violents que les citoyens ordinaires ? *L'Information Psychiatrique*. 1 oct 2006;82(8):645-52.
44. DUBURCQ A, COULOMB S, BONTE J, MARCHAND C, FAGNANI F, FALISSARD B, et al. Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral (phase 1 de l'étude épidémiologique) : Rapport final. Bourg la Reine: Cemka - Eval; 2004 déc p. 75p.
45. Saha S, Chant D, Welham J, McGrath J. A Systematic Review of the Prevalence of Schizophrenia. *PLOS Medicine*. 31 mai 2005;2(5):e141.
46. Fazel S, Baillargeon J. The health of prisoners. *The Lancet*. 12 mars 2011;377(9769):956-65.
47. Saraceno B, Barbui C. *Poverty and Mental Illness*. Vol. 42. 1997. 285 p.
48. Dohrenwend BP. Socioeconomic status (SES) and psychiatric disorders. Are the issues still compelling? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. janv 1990;25(1):41-7.
49. Halbreich U, Kahn LS. Atypical depression, somatic depression and anxious depression in women: Are they gender-preferred phenotypes? *Journal of Affective Disorders*. 1 sept 2007;102(1):245-58.

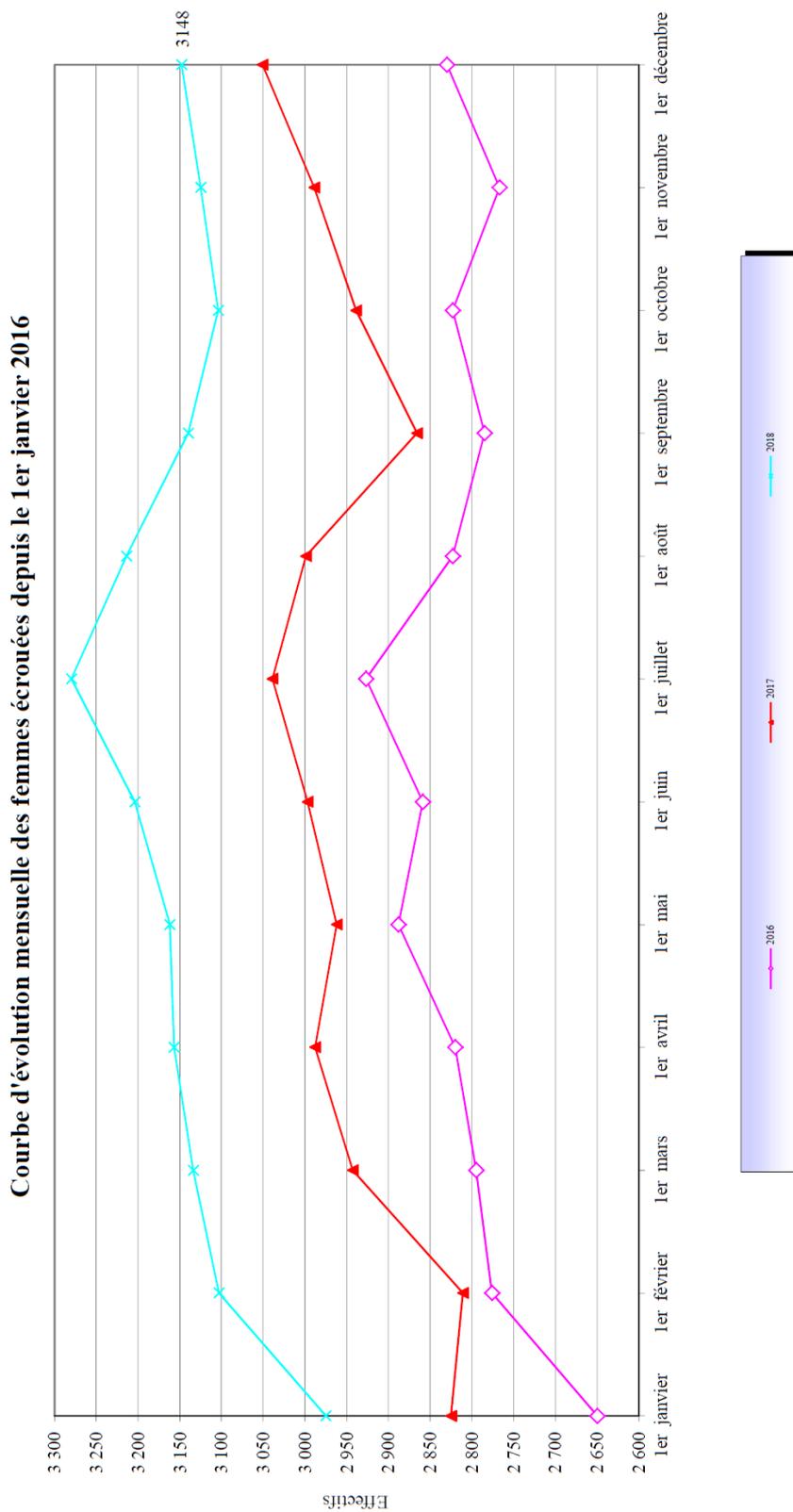
50. Rostaing C. L'invisibilisation des femmes dans les recherches sur la prison. 15 oct 2017 [cité 8 mai 2019]; Disponible sur: <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01756713>
51. Bloom B, Owen B, Covington S. Women offenders and the gendered effects of public policy (1). *The Review of Policy Research*. 2004;(1):31.
52. Covington SS, Bloom BE. *Gendered Justice: Women in the Criminal Justice System*. :20.
53. La santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus accueillis par les services médico-psychologiques régionaux. 2002;12.
54. Baromètre santé 2010 [Internet]. 2018 [cité 7 oct 2018]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/barometre-sante-2010/index.asp#suicide>
55. BEH n°32-33/2018 / 2018 / Archives / BEH - Bulletin épidémiologique hebdomadaire / Publications et outils / Accueil [Internet]. [cité 5 juin 2019]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2018/BEH-n-32-33-2018>
56. Gourier-Frery C, Chan Chee C, Beltzer N. Prévalence de la schizophrénie et autres troubles psychotiques en France métropolitaine. *European Psychiatry*. nov 2014;29(8):625.
57. Léon C. LA DÉPRESSION EN FRANCE CHEZ LES 18-75 ANS : RÉSULTATS DU BAROMÈTRE SANTÉ 2017 / DEPRESSION IN FRANCE AMONG THE 18-75 YEAR-OLDS: RESULTS FROM THE 2017 HEALTH BAROMETER. Léon C, Chan Chee C, du Roscoät E ; le groupe Baromètre santé 2017 La dépression en France chez les 18-75 ans : résultats du Baromètre santé 2017 *Bull Epidémiol Hebd* 2018;(32-33):637-44. :8.
58. Chee CC. PRISE EN CHARGE DES PATIENTS AVEC TROUBLES ANXIEUX ENTRE 2010 ET 2014 DANS LES ÉTABLISSEMENTS AYANT UNE AUTORISATION EN PSYCHIATRIE EN FRANCE MÉTROPOLITAINE : ANALYSE DES DONNÉES DU RIM-P / HOSPITALIZATION AND AMBULATORY CARE OF PATIENTS WITH ANXIETY DISORDERS IN PUBLIC PSYCHIATRIC SETTINGS IN METROPOLITAN FRANCE FROM 2010 TO 2014: ANALYSIS OF MEDICAL ADMINISTRATIVE DATA FROM THE RIM-P DATABASE. :9.
59. L'incarcération des personnes souffrant de troubles mentaux, 2018 [Internet]. [cité 5 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.f2rsmpsy.fr/incarceration-personnes-souffrant-troubles-mentaux-2018.html>
60. Les femmes en prison : fiche thématique sur les normes du CPT [Internet]. [cité 5 juin 2019]. Disponible sur: https://www.coe.int/fr/web/cpt/news-2018/-/asset_publisher/F4MCR6Bvx1tS/content/cpt-factsheet-on-women-in-prison

ANNEXES

Annexe 1

Tableau 35
Courbe d'évolution mensuelle des femmes écrouées depuis le 1er janvier 2016

<i>Champ :</i>	Métropole et Outre-Mer
<i>Effectif au :</i>	1er décembre 2018
<i>Source :</i>	DAP - SDME - Me5



Annexe 2

Infraction TAC (toute affaire confondue) des femmes hébergées dans les établissements pénitentiaires de la DISP Lille

TAC au 01/01/2018	Atteinte à la personne humaine	Atteinte à l'autorité de l'Etat	Atteinte aux biens	Autres atteintes à l'autorité de l'Etat / Crimes de guerre	Infraction à la législation du travail	Infraction à la réglementation de la circulation et des moyens de transports	Infraction en matière de santé publique	Infractions financières	Non référence
CD BAPAUME	59	13	18	1	1	3	1	4	1
CP BEAUVAIS	20	12	7			4	6	2	
CP LILLE LOOS SEQUEDIN	58	25	28	8		9	11	8	
EPM QUIEVRECHAIN	3	1							
MA VALENCIENNES	19	7	6		1	5	4	3	

TAC au 31/12/2018	Atteinte à la personne humaine	Atteinte à l'autorité de l'Etat	Atteinte à l'environnement	Atteinte aux biens	Autres atteintes à l'autorité de l'Etat / Crimes de guerre	Infraction à la législation du travail	Infraction à la réglementation de la circulation et des moyens de transports	Infraction en matière de santé publique	Infractions financières
CD BAPAUME	57	13		16		1	4		2
CP BEAUVAIS	24	16	1	21			6	11	10
CP LILLE LOOS SEQUEDIN	72	24		40	15		9	22	11
MA VALENCIENNES	14	4		8			6	5	4

Annexe 3

1 - Journées de détention concernant les femmes incarcérées en 2018

Établissements	JDD 2018						TOTAL
	Femmes (≥18 ans)			Femmes (<18 ans)			
	Cond.	Prév.	Total	Cond.	Prév.	Total	
CD Bapaume	23592	-	23592	-	-	0	23592
CP Beauvais	11211	5583	16794	-	-	0	16794
CP Lille Loos Sequedin	24750	15444	40194	109	17	126	40320
EPM Quievrechain	-	-	0	461	497	958	958
MA Valenciennes	4951	6191	11142	-	-	0	11142
TOTAL	64516	27218	91734	570	514	1084	92818

Annexe 4

2 - Effectifs des femmes hébergées en 2018

Établissements	Nombre de places théoriques pour les femmes	Effectif hébergé au 01/01/2018						Effectif hébergé au 31/12/2018						
		Femmes (≥18 ans)		Femmes (<18 ans)		Total hébergé	Femmes (≥18 ans)		Femmes (<18 ans)		Total hébergé			
		Cond.	Prév.	Total	Cond.		Prév.	Total	Cond.	Prév.		Total		
CD Bapaume	99	66	0	66	-	-	0	64	0	64	-	-	0	64
CP Beauvais	70	23	11	34	-	-	0	36	15	51	-	-	0	51
CP Lille Loos Sequedin	148	50	40	90	-	-	0	86	45	131	-	-	0	131
EPM Quievrechain	4	-	-	0	1	2	3	-	-	0	-	-	0	0
MA Valenciennes	24	13	14	27	-	-	0	13	12	25	-	-	0	25
TOTAL	345	152	65	217	1	2	3	199	72	271	0	0	0	271

Annexe 5

	N = 466		Borne inf IC95%	Borne sup IC95%
UHSA, n (%)	32	(6.9)	4,6	9,2
Age, m (sd)	35,7	(11.4)	34,6	36,7
Pathologies, n (%)				
Trouble thymique	38	(8.2)	5,7	10,7
Syndrome dépressif	34	(7.3)	4,9	9,7
Manie, hypomanie	2	(0.4)	0,0	1,0
Trouble bipolaire	1	(0.2)	0,0	0,6
Trouble thymique autre	3	(0.6)	0,0	1,3
Trouble anxieux	17	(3.6)	1,9	5,3
Psychose	22	(4.7)	2,8	6,6
Schizophrénie	11	(2.4)	1,0	3,8
Addiction	150	(32.2)	28,0	36,4
Alcool	74	(15.9)	12,6	19,2
Tabac	54	(11.6)	8,7	14,5
Autres substances	102	(21.9)	18,2	25,6
IMV, TS, scarification	9	(1.9)	0,7	3,1
Trouble de personnalité	82	(17.6)	14,1	21,0
Trouble de l'adaptation	105	(22.5)	18,7	26,3
Etat de stress post-traumatique	5	(1.1)	0,2	2,0
Autre	305	(65.4)	61,1	69,7
Nombre d'enfants, n (%)				
0	54	(11.6)	8,7	14,5
1	17	(3.6)	1,9	5,3
2	20	(4.3)	2,5	6,1
3	12	(2.6)	1,2	4,0
4+	22	(4.7)	2,8	6,6
NA	341	(73.2)	69,2	77,2
Situation familiale				
Célibataire	45	(9.7)	7,0	12,4
En concubinage	1	(0.2)	0,0	0,6
Marié(e)	6	(1.3)	0,3	2,3
Divorcée	5	(1.1)	0,2	2,0
Inconnue	3	(0.6)	0,0	1,3
NA	406	(87.1)	84,1	90,1
Nombre de diagnostics, n (%)				
0	53	(11.4)	8,5	14,3
1	103	(22.1)	18,3	25,9
2	104	(22.3)	18,5	26,1
3	92	(19.7)	16,1	23,3
4	57	(12.2)	9,2	15,2
5+	57	(12.2)	9,2	15,2

AUTEUR : Nom : MONROSE

Prénom : KHEMY

Date de Soutenance : 24 juin 2019

Titre de la Thèse : Etat de la santé mentale des femmes incarcérées dans les Hauts de France : étude épidémiologique descriptive

Thèse - Médecine - Lille 2019

Cadre de classement : *Psychiatrie adulte*

DES + spécialité : Psychiatrie

Mots-clés : épidémiologie, psychiatrie en milieu carcéral, troubles psychiatriques, femmes, détenus, prison

Résumé :

Introduction : Au 1er janvier 2018, 2975 femmes étaient écrouées, représentant 3,5% de la population carcérale française. Une proportion stable qui regroupe un nombre croissant de femmes, pour certaines porteuses ou vulnérables à des pathologies psychiatriques dont l'importance a été démontrée par plusieurs études. Cependant, peu d'entre elles se focalisent sur les femmes incarcérées. L'objectif de cette thèse est de caractériser la population carcérale féminine des Hauts de France en termes cliniques et sociodémographiques.

Méthode : Une étude observationnelle transversale et multicentrique regroupant les informations concernant l'ensemble de la population de femmes détenues dans les établissements pénitenciers de la région au cours de l'année 2018. Des données anonymisées sociodémographiques, cliniques, judiciaires et de prise en charge ont été recueillies à partir du dossier médical des patients.

Résultats : Au total, 466 patientes ont été incluses durant l'année 2018. Il s'agit de femmes âgées en moyenne de 35,7 ans, pour la plupart célibataires (9.7%), 6% d'entre-elles sont mariées ou vivent maritalement, avec enfant(s). Elles sont pour la plupart condamnées (taux de prévenues entre 26.57 et 29.95 %) et principalement au motif d'atteintes aux personnes humaines. Les diagnostics principaux retenus sont les troubles de l'adaptation (23,8%), les troubles addictifs (34,6% dont 23,6% d'addiction aux substances illicites) et les troubles de personnalité (15,6%). Les prévalences retrouvées sont plus importantes qu'en population générale de même sexe d'un facteur allant de 7,5 à 19 selon les pathologies et les sources.

Conclusion : Outre son intérêt épidémiologique, cette étude souligne les particularités de cette population en termes de santé mentale. Une focalisation systématique permettrait une meilleure compréhension et une offre de soin adaptée aux besoins des femmes incarcérées.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs : Monsieur le Docteur Ali AMAD, Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN, Monsieur le Docteur Fabien AGNERAY