



UNIVERSITÉ DE LILLE  
**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**  
Année : 2023

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Troubles de l'usage de substances et pathologies duelles à la sortie  
de maison d'arrêt : prévalence et facteurs associés**

Présentée et soutenue publiquement le 30 Juin 2023 à 18h00  
au Pôle Formation  
par **Isabelle WAREMBOURG**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Pierre THOMAS**

**Assesseur :**

**Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN**

**Directeurs de thèse :**

**Madame le Docteur Marielle WATHELET**

**Monsieur le Docteur Thomas FOVET**

---

## **Avertissement**

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

## Remerciements

## Table des matières

Remerciements .....	3
Table des matières .....	4
Avant-propos .....	5
Liste des abréviations .....	6
Résumé .....	7
Contexte .....	9
Introduction.....	12
Matériel et Méthode.....	14
Population et design de l'étude SPCS .....	14
Collecte des données .....	15
Troubles de l'usage de substances .....	15
Consommations .....	16
Comorbidités psychiatriques .....	16
Données socio-démographiques.....	17
Analyses statistiques .....	18
Résultats.....	20
Caractéristiques de l'échantillon .....	20
Prévalence des TUS .....	21
Pathologies duelles : prévalence et associations fréquentes.....	25
Facteurs associés aux TUS et pathologies duelles.....	27
Discussion .....	29
Perspectives .....	37
Références bibliographiques .....	39
Annexes.....	43
Annexe 1 : Questions concernant les TUS dans le MINI (CIM-10) .....	43
Annexe 2 : CTQ-28 .....	44

## Avant-propos

Cette thèse d'exercice a été réalisée à partir des données de l'étude Santé en Population Carcérale Sortante (SPCS), un projet financé par la Direction générale de la santé (DGS) et Santé Publique France (SpF), porté par la Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale (F2RSM Psy) et coordonné par le Professeur Pierre Thomas. Ce travail a été conduit sous la codirection des Docteurs Marielle Wathelet et Thomas Fovet.

## Liste des abréviations

<b>CAARUD</b>	Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour les Usagers de Drogues
<b>CIM-10</b>	Classification statistique Internationale des Maladies
<b>CNIL</b>	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
<b>CPP</b>	Comité de Protection des Personnes
<b>CSAPA</b>	Centre de soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
<b>CTQ</b>	Childhood Trauma Questionnaire
<b>DAP</b>	Direction de l'Administration Pénitentiaire
<b>EMOT</b>	Equipe Mobile Transitionnelle
<b>IC95%</b>	Intervalle de confiance à 95%
<b>MA</b>	Maison d'Arrêt
<b>MINI</b>	Mini-International Neuropsychiatric Interview
<b>OFDT</b>	Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
<b>OR</b>	Odds Ratio
<b>SAMHSA</b>	Substance Abuse and Mental Health Services Administration
<b>SMPR</b>	Service Médico-Psychologique Régional
<b>SPCS</b>	Santé en Population Carcérale Sortante
<b>TSO</b>	Traitement de Substitution des Opiacés
<b>TUA</b>	Trouble de l'Usage d'Alcool
<b>TUS</b>	Trouble de l'Usage de Substance
<b>UCSA</b>	Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires
<b>USMP</b>	Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire

# Résumé

## **Introduction**

Les troubles de l'usage de substances (TUS) et les pathologies duelles sont surreprésentés en population carcérale, que ce soit à l'entrée en prison ou en cours de détention. En France, il n'existe pas d'étude sur la période qui précède la libération, alors que la période qui suit la sortie d'incarcération constitue une période de vulnérabilité avec une surmortalité principalement liée à des overdoses. Cette thèse avait pour objectifs de mesurer la prévalence des TUS et des pathologies duelles chez les hommes à la sortie de maison d'arrêt (MA) et d'identifier les facteurs qui y sont associés.

## **Matériel et méthode**

Cette étude transversale, menée en France métropolitaine entre septembre 2020 et septembre 2022, a interrogé 586 hommes au sein de 26 MA au moment de leur libération. La prévalence des TUS (alcool, et substances illicites) et des pathologies duelles identifiées via le Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) ont été calculées. Des modèles de régression logistique multivariés ont permis d'identifier les facteurs associés.

## **Résultats**

Au total, 49,0 % des personnes détenues présentaient un TUS (alcool ou substance illicite). La prévalence était de 21,5 % pour l'alcool et de 39,6 % pour les substances illicites. La prévalence des pathologies duelles était quant à elle de 29,4 %. Les antécédents de traumatisme dans l'enfance étaient significativement associés à la présence d'un TUS et à la présence d'une pathologie duelle. L'existence d'une mesure pénale en tant que mineur, et l'absence d'activité professionnelle antérieure à

l'incarcération étaient associées à l'existence d'un TUS. Les violences vécues pendant l'incarcération étaient associées significativement à l'existence d'une pathologie duelle.

### **Conclusion**

Notre étude montre des prévalences élevées de TUS et de pathologies duelles au sein de la population carcérale sortante. Une étude longitudinale permettrait d'explorer l'effet de l'incarcération sur la santé mentale et notamment sur l'évolution des troubles addictologiques en prison.

## Contexte

La question de l'usage de substances psychoactives en prison est un sujet complexe qui soulève de nombreux défis tant pour l'administration pénitentiaire que pour les professionnels de santé exerçant en milieu carcéral. Malgré les efforts déployés pour prévenir l'usage de drogues et fournir des soins de qualité aux personnes concernées, la prévalence de l'usage de drogues en prison reste élevée. Dans ce contexte, il est important de comprendre les différentes dimensions de ce problème et les efforts déployés pour y remédier, notamment en matière de législation et de prise en charge des addictions.

Dans les années 1980, la question de l'usage de substances illicites devient de plus en plus présente dans le débat social français, en particulier parmi les populations vulnérables, notamment celle des personnes incarcérées. Ainsi, l'année 1986 est marquée par la création des Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR), des équipes pluridisciplinaires spécialisées dans les soins aux personnes détenues souffrant de troubles psychiatriques ou d'addictions. Et en 1987, sont créées les Antennes toxicomanie qui deviendront, en 2008, les Centres de soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) en milieu pénitentiaire. En 1994, la prise en charge de la santé des personnes détenues en France a été transférée du ministère de la Justice au ministère de la Santé. Ce transfert a conduit à la mise en place d'Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA) rattachées à des établissements hospitaliers publics pour assurer la prise en charge médicale et psychologique des personnes détenues. Ces UCSA ont pour mission d'assurer des consultations et des soins ambulatoires pour les personnes détenues et de proposer des actions de prévention et de promotion de la santé.

Ce nouvel enjeu est par la suite intégré aux plans nationaux de lutte contre la drogue et la toxicomanie, à partir de 1999.

La loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 rappelle l'importance des outils de réduction des risques et la nécessité de leur diffusion en milieu pénitentiaire. (Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé)

En 2019, la Stratégie nationale de santé des personnes placées sous main de justice a été lancée. Elle s'articule autour de trois axes principaux : (i) la prévention et la réduction des risques, (ii) l'accès aux soins, et (iii) la coordination des acteurs de la santé et de la justice. Le Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 s'inscrit dans cette démarche en proposant des actions concrètes pour améliorer la prévention et la prise en charge des addictions, y compris en prison. Le plan prévoit notamment de renforcer l'accompagnement des personnes à leur sortie de prison pour prévenir les rechutes et favoriser leur réinsertion sociale.

Ces évolutions législatives et organisationnelles témoignent de la reconnaissance de l'importance de la prise en charge des addictions en prison en France et de l'engagement pour améliorer les soins et le soutien aux personnes détenues confrontées à ces problématiques.

Les troubles addictologiques ont en effet des répercussions significatives sur la santé, en particulier la santé mentale, des personnes détenues, et ces conséquences peuvent avoir un impact majeur lors de leur libération. La dépendance aux substances illicites engendre un cercle vicieux de problèmes de santé physique et mentale. (1) Les troubles mentaux tels que l'anxiété, la dépression et les troubles psychotiques sont fréquemment associés à la consommation de drogues. Ces problèmes sont souvent exacerbés pendant la détention en raison de l'environnement carcéral

stressant et de la stigmatisation. À la libération, les personnes détenues peuvent se retrouver face à de nombreux défis, que ce soit sur le plan social ou sur le plan de la continuité des soins lorsqu'ils sont indispensables. Le manque de soutien approprié et de ressources disponibles pour la réadaptation et la réintégration peut augmenter les risques de rechute et de détérioration de la santé mentale, ce qui souligne l'importance de fournir un suivi continu et un accès aux soins de santé mentale et de réadaptation après la libération.

Publiée en décembre 2022, l'étude Santé mentale en Population Carcérale Sortante (SPCS) représente la première enquête nationale réalisée sur la santé mentale en milieu carcéral depuis 15 ans. Il s'agit d'une étude épidémiologique qui avait pour objectif principal d'évaluer la prévalence des troubles mentaux au moment de la libération. Compte tenu de l'association étroite entre les problèmes de dépendance et les troubles psychiatriques, il était logique d'inclure également une évaluation des troubles de l'usage de substances. Le travail présenté ici consiste en des analyses secondaires de l'étude, se concentrant spécifiquement sur les troubles de l'usage de substances (TUS) et les pathologies duelles, qui représentent un enjeu majeur de la santé mentale en milieu carcéral.

---

## Introduction

Au 1<sup>er</sup> avril 2023, 73 080 personnes sont détenues au sein des 184 établissements pénitentiaires français. La durée moyenne de détention est de 10,7 mois et les peines courtes sont les plus fréquentes : 61 % des peines sont de moins de 2 ans, 45 % de moins de 1 an et 25 % de moins de 6 mois (2).

La santé mentale et physique de la population carcérale est un sujet préoccupant, de multiples études s'y sont intéressées, que cela soit en France ou ailleurs, et montrent une prévalence plus importante de troubles psychiatriques dans cette population par rapport à la population générale, notamment en ce qui concerne les troubles de l'humeur (particulièrement la dépression) (3), les troubles anxieux (4), les troubles de stress post-traumatique (5), les troubles psychotiques (6) mais aussi et surtout les pathologies addictives (4,7–9). Une méta-analyse de 2017 incluant 24 études dans 10 pays différents retrouve une prévalence de 26 % pour les troubles de l'usage de l'alcool et de 30 % pour les troubles de l'usage d'autres substances chez les hommes à l'entrée en incarcération (10). Par ailleurs, les pathologies duelles (ou double diagnostic trouble psychiatrique / trouble de l'usage de substance), particulièrement difficiles à prendre en charge, sont également largement représentées en prison (11–15) et sont source d'une majoration du risque de récidive (16–18).

La période qui suit la libération, caractérisée par la (re)confrontation avec des difficultés matérielles (logement, finances, travail, etc.), juridico-administratives et psycho-sociales, constitue une période de vulnérabilité considérable (19). Plusieurs études ont pu mettre en évidence un excès de mortalité en population récemment

libérée de prison (20–22). Les principales causes identifiées sont les décès liés aux drogues et les overdoses, que ce soit en post-libération immédiat (12 semaines) ou à plus long terme (23). Ceci peut s'expliquer par une diminution de la tolérance aux produits liée à une période d'abstinence relative durant l'incarcération puis à la reprise d'une consommation à des doses similaires à la période pré-incarcération, au moment de la libération (20,24). Ces observations suggèrent que s'intéresser à la prise en charge addictologique au moment de la libération permettrait de réduire de façon importante la mortalité durant cette période de transition.

Plus de 15 ans après la dernière enquête nationale menée en milieu carcéral, l'étude SPCS s'est intéressée à cette période de la libération et comporte deux volets : un volet mené chez les hommes, et un mené chez les femmes. D'après un rapport de l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT), l'usage de substances chez les femmes en détention est très peu documenté (25). Cependant, ces consommations sont susceptibles de différer de celles des hommes. Par ailleurs, les deux volets de l'étude SPCS diffèrent d'un point de vue méthodologique et ne permettent pas de regrouper les données.

L'objectif principal de ce travail était de mesurer la prévalence des troubles de l'usage de substance (TUS) chez les hommes détenus à la sortie de maison d'arrêt (MA). Les objectifs secondaires étaient de mesurer la prévalence des pathologies duelles et d'identifier les facteurs associés aux TUS et aux pathologies duelles.

## Matériel et Méthode

### Population et design de l'étude SPCS

Le volet Hommes de l'étude SPCS consistait en une étude transversale multicentrique menée du 16 septembre 2020 au 15 septembre 2022 en France métropolitaine.

Un tirage au sort auto-pondéré à deux niveaux a été réalisé afin de garantir, pour chaque personne détenue, la même probabilité d'être tirée au sort. Les MA de France métropolitaine ont d'abord été tirées au sort en mai 2019, puis sollicitées jusqu'à obtenir l'accord de participation de 26 établissements (3 ont refusé de participer et 11 n'ont pas donné suite). Les MA dont l'effectif réel était inférieur à 100 étaient exclues du tirage au sort. Enfin, au sein des 26 établissements pour lesquels l'Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire (USMP) s'était engagée à participer à l'étude, 100 sujets ont été tirés au sort parmi ceux respectant l'ensemble des critères d'inclusion suivant : (i) personnes majeures (ii) ayant fait l'objet d'une condamnation (sauf en cas de statut de prévenu pour une autre affaire), (iii) dont la sortie de prison est prévue au moins 30 jours et au plus 24 mois après la date du tirage au sort national. Ce deuxième tirage au sort a été réalisé par le « *bureau de la donnée* » de la direction de l'administration pénitentiaire (DAP) le 27 août 2020. Au total, en raison des variations d'effectifs réels, ce sont 2 426 individus sortant de 26 MA qui ont pu être tirés au sort.

Une liste de numéros d'écrous par MA participant à l'étude ainsi que les dates de libération prévisionnelles des personnes détenues condamnées tirées au sort ont été transmises au promoteur au moment du tirage au sort.

Les personnes tirées au sort et dont la libération était prévue dans les 30 jours ont été rencontrées par les enquêteurs afin de s'assurer que la maîtrise de la langue française

était suffisante et de l'absence de trouble cognitif ou de trouble psychiatrique empêchant la passation des questionnaires. Une note d'information a alors été remise et un rendez-vous prévu pour la réalisation des entretiens dans les 10 jours précédant la libération.

Cette étude a reçu l'autorisation du Comité de protection des personnes (CPP) ainsi que de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). Les sujets ont reçu une information complète orale et écrite précisant le déroulement de l'étude, la passation du questionnaire faisant acte de non-opposition à la participation à cette recherche.

## Collecte des données

Les entretiens, réalisés dans un bureau garantissant la confidentialité des échanges, ont été menés par des enquêteurs locaux formés à la passation des questionnaires. Les enquêteurs (médecins, psychologues, ou infirmiers de l'USMP) ont été encadrés par un investigateur principal (médecin ou psychologue). Une expérience d'au moins trois mois en milieu pénitentiaire était requise pour devenir enquêteur.

## Troubles de l'usage de substances

L'évaluation diagnostique des TUS, tels que définis par la Classification statistique internationale des maladies (CIM-10), a été réalisée à partir de la version française du Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI 5.0.0) (26) (*Voir Annexe 1*). Il s'agit d'un questionnaire hétéro-administré permettant de diagnostiquer les TUS suivants : dépendance à l'alcool (F10.2), usage nocif d'alcool (F10.1), dépendance aux opiacés (F11.2), usage nocif des opiacés (F11.1), dépendance aux dérivés du cannabis

(F12.2), usage nocif des dérivés du cannabis (F12.1), dépendance à la cocaïne (F14.2), usage nocif de la cocaïne (F14.1), dépendance aux psychostimulants (F15.2), usage nocif de psychostimulants (F15.1), dépendance à d'autres substances psychoactives (F19.2), usage nocif d'autres substances psychoactives (F19.1), dépendance aux psychotropes (F13.2) et usage nocif de psychotropes (F13.1).

### Consommations

La consommation d'alcool était définie par une réponse positive à la question M1 du MINI (CIM-10) : « *Au cours de l'année écoulée, vous est-il arrivé à plus de 3 reprises de boire, en moins de 3h, plus que l'équivalent d'une bouteille de vin (ou de 3 verres d'alcool fort) ?* ». Pour ce qui est des drogues, la consommation est définie par une réponse positive (pour chaque substance) à la question N1 du MINI (CIM-10) : « *Maintenant je vais vous montrer une liste de drogues et de médicaments et vous allez me dire si, au cours des 12 derniers mois, il vous est arrivé à plusieurs reprises de prendre l'un de ces produits, dans le but de planer, de changer votre humeur ou de vous « défoncer » ?* ».

### Comorbidités psychiatriques

Les autres troubles explorés par le MINI étaient les suivants : dépression (F32 et F33), dysthymie (F34.1), épisode maniaque (F30), agoraphobie (40.0), trouble panique (F41.0), phobie sociale (F40.1), anxiété généralisée (F41.1), état de stress post-traumatique (F43.1), syndromes psychotiques (F2X), risque suicidaire (X60), insomnie (F51.0), trouble de la personnalité antisociale (F60.2).

Pour caractériser les pathologies duelles, c'est-à-dire la présence d'au moins un TUS (hors tabac) et d'au moins une pathologie psychiatrique, nous avons choisi de regrouper les troubles psychiatriques en trois grandes catégories : les troubles de

l'humeur (comprenant dépression, dysthymie, épisode maniaque), les troubles anxieux (comprenant agoraphobie, trouble panique, phobie sociale, anxiété généralisée, trouble de stress post-traumatique) et les troubles psychotiques (ou syndromes psychotiques). Les risques suicidaires, insomnies et troubles de la personnalité antisociale ont été exclus.

L'évaluation des expériences traumatisantes subies dans l'enfance a été réalisée à partir de la version française du questionnaire structuré *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ) 28 (27) (Voir Annexe 2). Le CTQ-28 est un questionnaire hétéro-administré permettant de décrire, en 28 items, l'exposition à la maltraitance physique, la négligence affective, la négligence physique, la violence sexuelle et violence psychique, et d'évaluer la compréhension que la personne a des traumatismes éventuellement subis. La variable retenue est l'antécédent de trauma sévère dans l'enfance (CTQ > 35 : oui/non) (27).

#### Données socio-démographiques

Un questionnaire social portant sur le parcours avant et pendant la détention a été administré aux personnes incarcérées. Il permettait de recueillir des informations sur les variables fréquemment associées aux TUS et/ou aux pathologies duelles, décrites dans la littérature (4,28,29).

En ce qui concerne le parcours de vie avant incarcération, les variables suivantes ont été collectées : âge (en années), statut conjugal (marié, divorcé ou veuf, célibataire ou en concubinage), enfants (oui, non), antécédent de migration (personnel, chez les parents et/ou chez les grands parents : oui, non), diplôme (au minimum brevet des collèges : oui, non), statut professionnel (avec activité [employé stagiaire ou étudiant],

sans activité [chômeur, retraité, homme au foyer]), logement avant incarcération (logement personnel, logement chez un tiers, sans domicile ou en institution), assistance éducative pendant l'enfance (au domicile parental, placement dans la famille, en foyer, en famille d'accueil ou en institut : oui, non) et la mise en place d'une mesure pénale étant mineur (oui, non). En ce qui concerne le vécu pendant la détention, nous avons recueilli l'exposition à des violences, qu'elles soient physiques, psychiques ou sexuelles (oui, non).

## Analyses statistiques

Seuls les questionnaires des participants ayant terminé intégralement les entretiens ont été analysés.

Conformément à l'objectif principal de l'étude, les prévalences et intervalles de confiance à 95% (IC95%) des consommations et des TUS (pour l'ensemble des substances et substance par substance) identifiés par le MINI ont été calculées. Le nombre moyen (et son écart-type) de TUS était également présenté. Afin d'évaluer les polyconsommations, les associations de TUS les plus fréquentes ont été illustrées dans un graphique permettant de visualiser les croisements d'ensemble en utilisant le package UpSet du logiciel R. De la même façon, les pathologies duelles les plus fréquentes ont été décrites en croisant l'existence d'un TUS (alcool ou autre substance) avec les grands types de troubles (trouble de l'humeur, trouble anxieux, trouble psychotique). Enfin, afin d'identifier les variables associées avec la présence d'un TUS et celles associées avec la présence d'une pathologie duelle, des modèles de régression logistiques ont été réalisés, incluant l'ensemble des variables collectées. Les résultats sont présentés sous forme d'odds ratios (avec leurs IC95%).

Les analyses ont été réalisées avec le logiciel R 4.0.3. Tous les tests étaient bilatéraux et le seuil de significativité était fixé à 5 %.

## Résultats

Parmi les 2 426 personnes tirées au sort initialement, 875 étaient éligibles. Parmi elles, 601 ont été incluses et 586 ont répondu à l'ensemble des questionnaires, soit un taux de réponse de 67,0% (voir *Figure 1*).

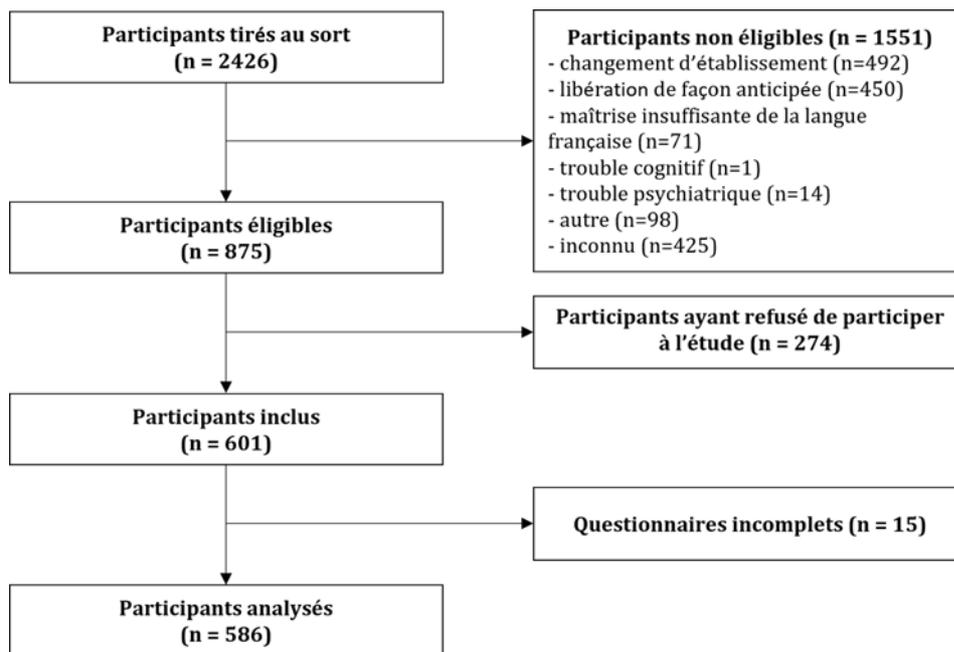


Figure 1 : Diagramme de flux des participants à l'étude SPCS – volet Hommes

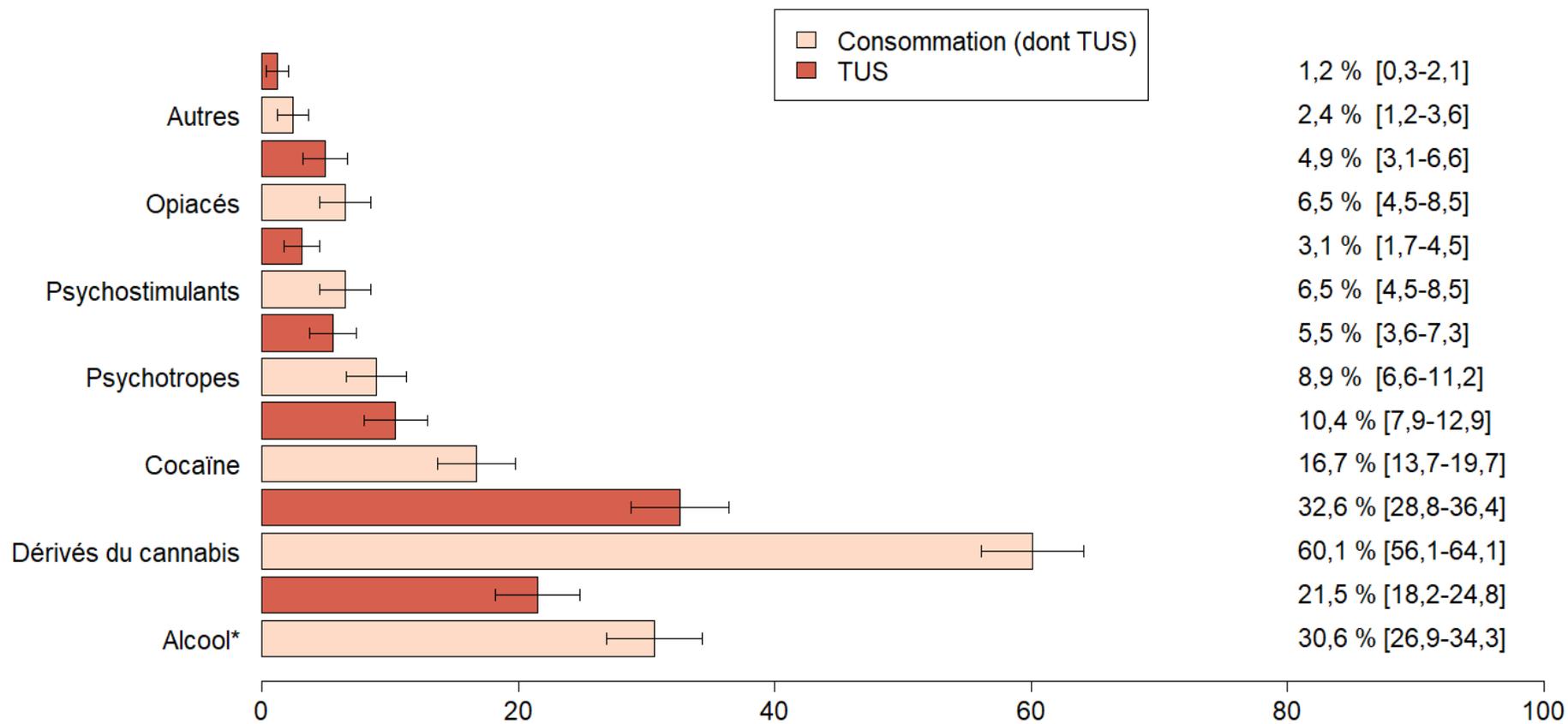
### Caractéristiques de l'échantillon

La moyenne d'âge des participants était de  $35,9 \pm 11,2$  ans. L'échantillon était majoritairement constitué de personnes célibataires ou en concubinage (81,7 %) et près de la moitié (49,5 %) avaient au moins un enfant. Des antécédents de migration étaient rapportés par 42,8 % des répondants. Un tiers (33,4 %) des personnes interrogées n'avaient aucun diplôme et près de la moitié étaient sans activité (53,8 %). Avant l'incarcération, 46,1 % des personnes incluses résidaient dans un logement personnel, 40,3 % chez un tiers et 13,3 % étaient sans domicile fixe ou hébergés en

institution. Au total, 40,4 % ont connu une assistance éducative ou un placement au cours de leur enfance et près de la moitié (45,2 %) ont été soumis à une mesure pénale avant la majorité. Enfin, 54,8 % des répondants rapportaient des antécédents de trauma dans l'enfance et 29,2 % ont subi des violences au cours de la détention.

## Prévalence des TUS

En ce qui concerne l'alcool, la prévalence de la consommation était de 30,6 % [26,9-34,3], et celle du trouble de l'usage d'alcool (TUA) est de 21,5 % [18,2-24,8]. Pour ce qui est des troubles de l'usage de drogues illicites, la prévalence de la consommation d'au moins une substance est de 66,0 % [62,0-70,0] et celle du trouble de l'usage d'au moins une substance illicite était de 39,6 % [35,6-43,7]. Les prévalences des consommations et des TUS décrits substance par substance sont illustrées dans la *Figure 2*. Au total, près de la moitié des participants (49,0 % [44,9-53,1]) présentaient au moins un TUS dépisté par le MINI (hors trouble de l'usage du tabac).



**Figure 2 : Prévalences des consommations et des troubles de l'usage de substance**

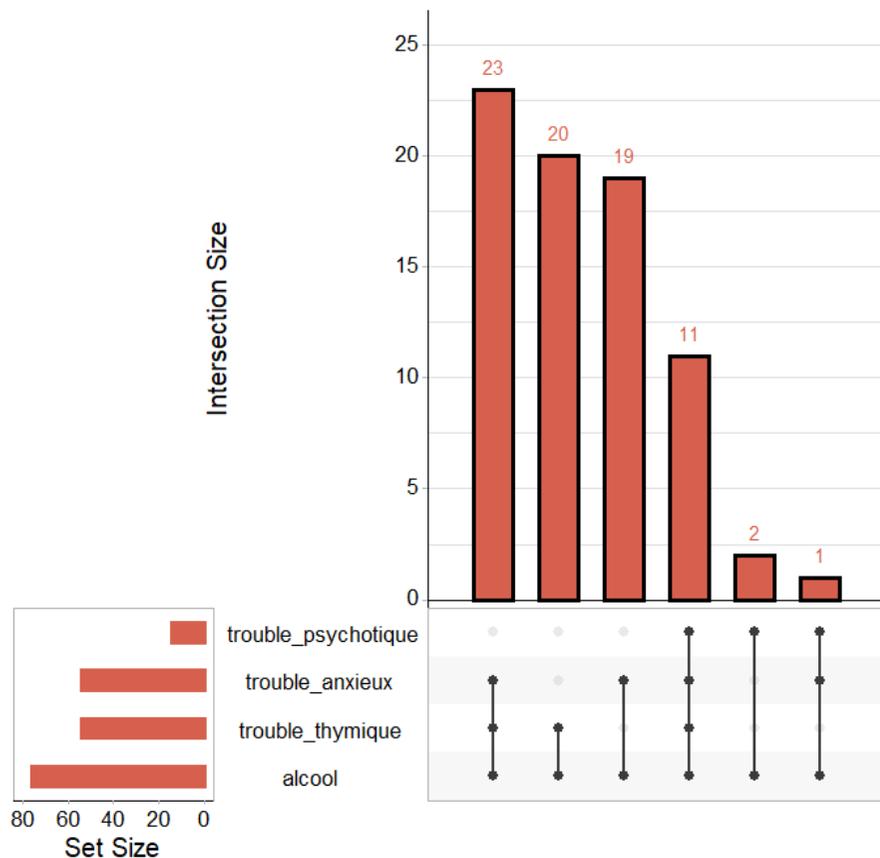
Les différentes associations de TUS selon la substance considérée sont présentées dans la *Figure 3*. Parmi les 5 associations les plus fréquentes, nous retrouvons des TUS isolés pour l'alcool et le cannabis et des combinaisons associant alcool et/ou cannabis et/ou cocaïne, avec 114 (19,4 %) personnes consommant le cannabis seul, 55 (9,4 %) pour l'alcool seul, 28 (4,8 %) pour l'association alcool/cannabis, 11 (1,9 %) pour l'association cannabis/ cocaïne et 9 pour l'association alcool/cocaïne (1,5 %).



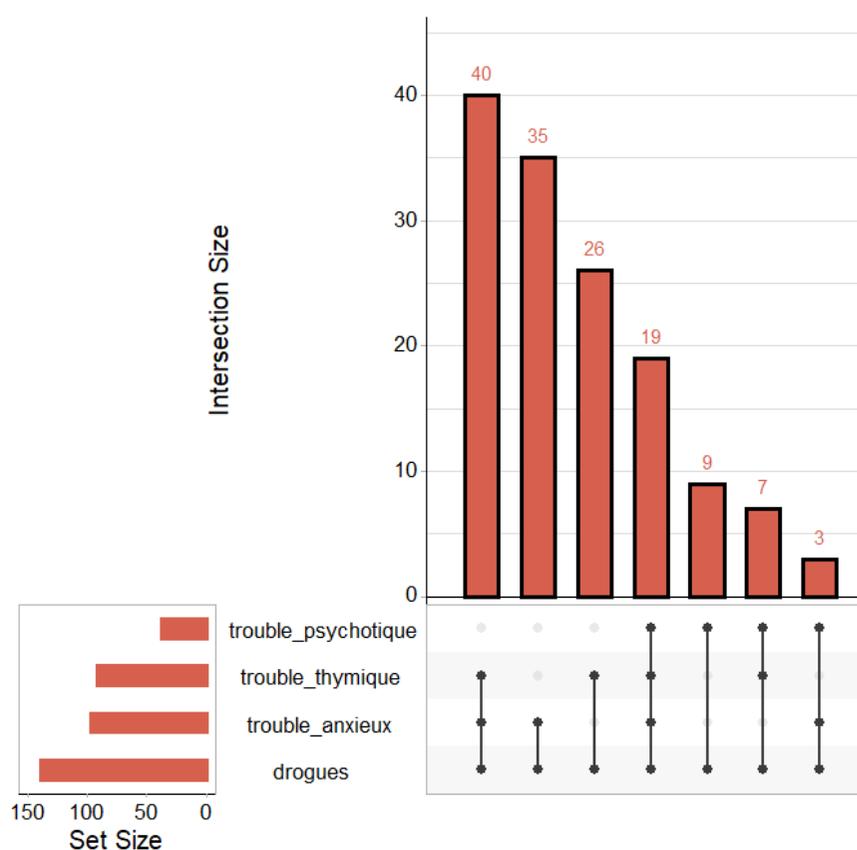
## Pathologies duelles : prévalence et associations fréquentes

Au total, dans l'échantillon, la prévalence des pathologies duelles était de 29,4 % [25,7-33,3]. Chez les patients présentant au moins un TUS (alcool ou drogues illicites), 59,9 % [54,0-65,6] présentaient également au moins un trouble psychiatrique (trouble thymique, anxieux ou psychotique), soit 82 des 126 individus présentant un TUA (65,1 %) et 139 des 232 individus avec un trouble de l'usage de drogue (59,9 %). Quel que soit le type de TUS (alcool ou drogues illicites), l'association la plus fréquente est celle combinant le TUS avec un trouble thymique et un trouble anxieux : 23 des 82 pathologies duelles associant un trouble de l'usage de l'alcool (28,0 %), et 40 des 139 pathologies duelles associant un trouble de l'usage de drogue (28,8 %). (Voir *Figure 4*).

**FIGURE A**



**FIGURE B**

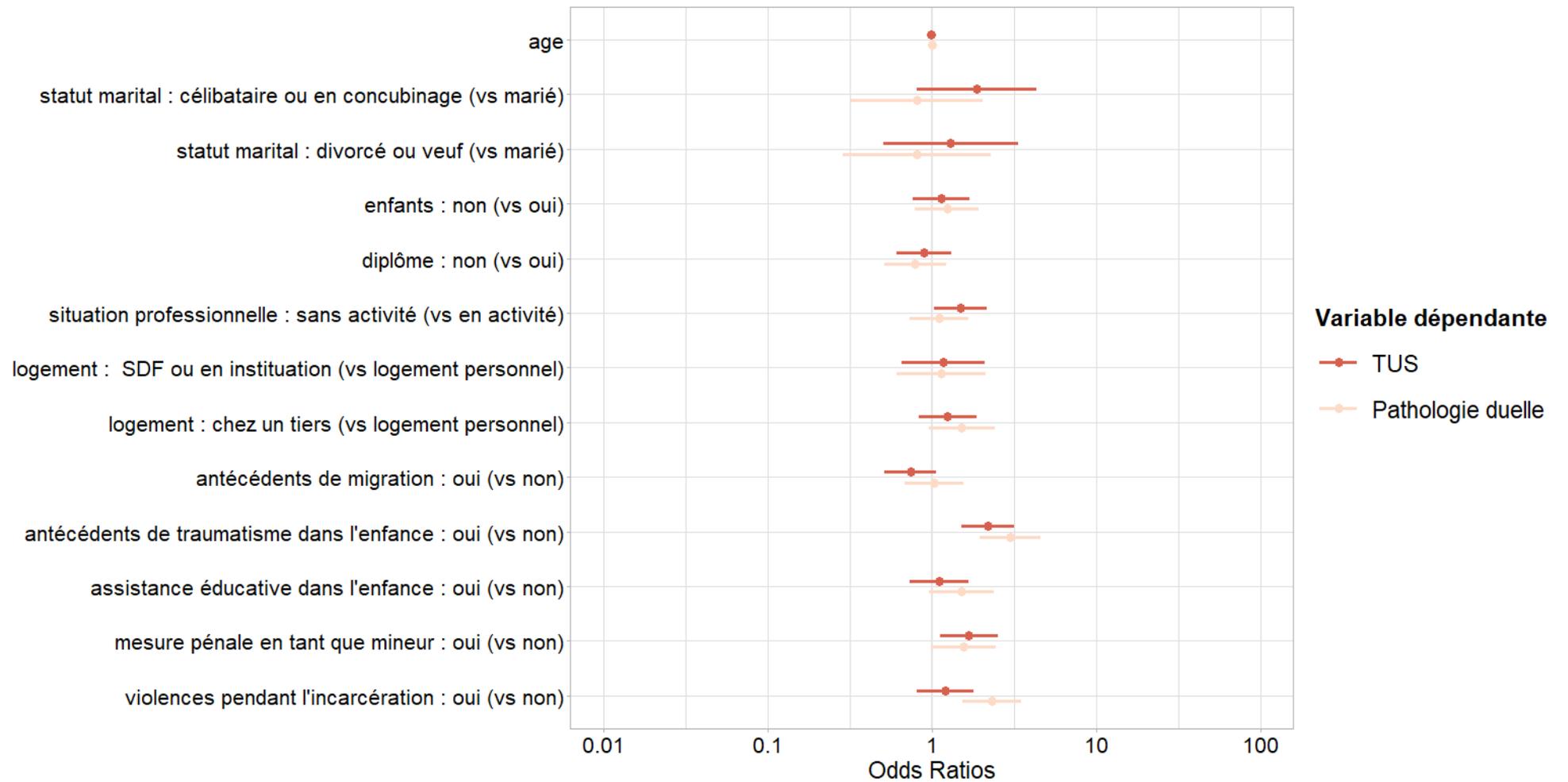


Le *set size* illustre le nombre d'individus concernés par le trouble en regard (par exemple, il y a près de 80 TUA, quel que soit les troubles qui lui sont associés). L'*intersection size* illustre le nombre d'individus concernés par la combinaison de troubles (par exemple, il y a 23 participants qui présentent un trouble anxieux, un trouble thymique et un TUA).

**Figure 4 : Fréquence des pathologies duelles liées à l'alcool (Figure A) et au drogues illicites (Figure B)**

## Facteurs associés aux TUS et pathologies duelles

Après ajustement, les antécédents de traumatisme dans l'enfance étaient significativement associés à la présence d'un TUS (OR [IC95%] = 2,19 [1,52-3,18],  $p < 0,001$ ) et à la présence d'une pathologie duelle (OR [IC95%] = 2,99 [1,96-4,64],  $p < 0,001$ ). Par ailleurs, l'existence d'une mesure pénale en tant que mineur (OR [IC95%] = 1,68 [1,12-2,53],  $p = 0,012$ ), et l'absence d'activité professionnelle antérieure à l'incarcération (OR [IC95%] = 1,49 [1,04-2,16],  $p = 0,031$ ) étaient associées à l'existence d'un TUS. Les violences vécues pendant l'incarcération, quant à elles, étaient associées significativement aux pathologies duelles (OR [IC95%] = 2,31 [1,53-3,49],  $p < 0,001$ ) (voir *Figure 5*).



**Figure 5 : Facteurs associés aux TUS et aux pathologies duelles - Résultats des modèles logistiques multivariés**

## Discussion

L'objectif de notre étude était de décrire la prévalence des TUS et des pathologies d'usage de substances ainsi que les facteurs associés à ces troubles dans un échantillon représentatif des hommes détenus en MA, au moment de leur libération.

Notre étude retrouvait au moins un TUS chez presque la moitié des hommes sortant d'incarcération, ce qui apparaît cohérent avec les données internationales sur le sujet. Une méta-analyse de Fazel (23), dont les études incluses ont été réalisées dans 10 pays, retrouvait une prévalence de TUA de 24 % chez les hommes récemment incarcérés contre 21,5 % dans notre étude (en population sortante) et une prévalence de trouble de l'usage de substances illicites de 30 % (avec une grande hétérogénéité) contre 43,7 % dans notre étude. Une deuxième étude, également réalisée en France par Falissard et al., menée sur un échantillon de personnes incarcérées s'appuyant, comme notre étude, sur les critères du MINI, retrouvait une prévalence de TUS de 14,1 % contre 49,0 % en population carcérale sortante (30). Cette différence pourrait être expliquée par une évaluation des TUS réalisée à partir des critères de CIM-10, au sein de notre étude, c'est-à-dire sur une période d'un an. Or la majorité de notre échantillon sortait d'une peine de moins d'un an, contrairement aux participants de l'étude menée par Falissard et al. Nos prévalences pourraient donc être surestimées en reflétant également les TUS avant incarcération. Cela dit, une dernière étude, réalisée en France, s'intéressant à la population carcérale entrante (10), retrouvait un TUA chez 33,8 % des hommes. Les troubles de l'usage rapportés étaient de 28,7 % pour au moins une drogue illicite (contre 43,7 % dans notre étude), 24 % pour le cannabis (contre 32,8 % dans notre étude), 6,8% pour les opiacés (contre 4,9 % dans

notre étude) et 5,2% pour la cocaïne et les psychostimulants (contre 13,5% dans notre étude).

Ces résultats indiquent que la prévalence des TUS semble plus importante à la libération que durant l'incarcération. Néanmoins, cela paraît essentiellement concerner les troubles de l'usage de drogues illicites. Nous retrouvons en effet des prévalences plus faibles des TUA à la sortie comparativement à la période d'incarcération, alors que les prévalences des troubles de l'usage de substances illicites étaient plus élevées, à l'exception des opiacés. Plusieurs explications sont possibles, cela pourrait être en lien avec le fait que l'incarcération est souvent l'occasion d'un contact avec les soins addictologiques et notamment la mise en place d'un traitement de substitution opiacé, cela pourrait également s'expliquer par des changements de pratiques ainsi que des phénomènes de transfert de substance, fréquemment observés en prison et auxquels plusieurs études se sont d'ailleurs intéressées. Le constat partagé, en ce qui concerne les modes de consommation, est que la voie nasale devient la pratique la plus courante au détriment de l'injection (hors consommation de cannabis) (31,32). Quant aux transferts d'addictions, ils peuvent être de plusieurs types, les plus fréquemment retrouvés dans la littérature sont des transferts des drogues illicites vers les médicaments psychotropes (pris dans le cadre d'une prescription ou issus de trocs entre les personnes détenues) ou de la cocaïne et des opiacés vers le cannabis (33,34), ce qui est pourrait en partie expliquer les résultats retrouvés dans notre étude.

Ces résultats interpellent particulièrement sur l'accès aux soins addictologiques durant et après l'incarcération et soulignent l'importance d'une bonne coordination entre les dispositifs de soins intra-carcéraux et extra-carcéraux afin d'assurer une continuité au niveau de la prise en charge. Pour rappel, cette étude était la première à avoir étudié la prévalence des TUS en population carcérale sortante.

Dans ce travail, nous nous étions également intéressés à la prévalence des pathologies duelles. Au total, 30 % des patients présentaient une pathologie duelle. Plus de 60 % des patients présentant au moins un TUS présentaient également au moins une pathologie psychiatrique. Ces résultats apparaissent cohérents avec ceux d'une méta-analyse datant de juin 2022, s'intéressant à la prévalence des pathologies duelles chez les personnes incarcérées au niveau mondial, qui retrouvait qu'environ la moitié des patients atteints par une pathologie psychiatrique présentaient également un TUS (29).

En population générale, 3 % de la population serait concernée par les pathologies duelles (SAMHSA, 2012), ce qui est nettement inférieur à la prévalence retrouvée à la libération et en incarcération. Cela semble cohérent avec certains modèles explicatifs des pathologies duelles, selon lesquels les troubles psychiatriques, les TUS et les conditions socio-économiques défavorables coexisteraient dans les populations les plus vulnérables (35,36). L'incarcération serait donc un facteur de vulnérabilité supplémentaire majorant le risque de présenter un TUS concomitant au trouble psychiatrique. Ce constat montre à quel point une prise en charge intégrée au sein des Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR), à la fois sur le plan addictologique et psychiatrique est indispensable. Cette prise en charge doit se faire dans une approche globale qui vise à traiter de manière conjointe les troubles psychiatriques et les TUS. Ces deux types de troubles sont en effet souvent interconnectés et nécessitent une attention simultanée pour obtenir des résultats thérapeutiques optimaux (35–37).

Cette approche intègre différents domaines de traitement, tels que la santé mentale, la dépendance, le soutien social et la réinsertion. Elle implique une équipe multidisciplinaire composée de professionnels de la santé mentale, de travailleurs

sociaux, de médecins et d'autres experts pertinents qui élaborent ensemble un plan de traitement individualisé en tenant compte des besoins spécifiques de la personne.(36)

Les prévalences élevées des TUS et des pathologies duelles retrouvées dans notre étude interpellent sur le parcours de soin des personnes incarcérées, particulièrement sur la continuité des soins entre la prison et la ville.

Il existe une surmortalité dans cette population, de façon précoce après la libération (38), mais également à plus long terme, principalement due aux overdoses (OD) et aux décès liés aux drogues (23,38). Les drogues les plus fréquemment impliquées dans ces OD sont, selon la littérature, les opiacés (38). Cependant, on observait dans notre étude une prévalence moindre de troubles de l'usage d'opiacés (4,9 %) à la libération comparée à celle estimée à l'entrée en incarcération (6,8 %) (10) (probablement liée au recours aux TSO en incarcération). On peut faire l'hypothèse que les personnes souffrant de troubles de l'usage des opiacés, à leur libération, ne bénéficient pas toujours d'un relais rapide dans un centre de délivrance de TSO, avec pour conséquence une reprise des consommations d'opiacés en quantités identiques à la période pré-incarcération, ce qui aurait pour résultat de majorer le risque d'OD. Plusieurs facteurs rendent ce relais de soin difficile. Tout d'abord, on note des difficultés de coordination entre les établissements pénitentiaires et les structures de soins de santé mentale externes. Les informations médicales sont parfois insuffisamment transmises, ce qui limite la capacité des acteurs du soins externes à offrir des traitements appropriés et continus. De plus, les personnes libérées peuvent rencontrer des difficultés pour obtenir rapidement des rendez-vous avec des professionnels de la santé mentale ou pour bénéficier d'un suivi régulier (19). Les difficultés de réinsertion sociale et professionnelle peuvent également être des

facteurs majorant ce risque (39). Un autre point évoqué dans l'introduction est le risque de récidive en lien avec les troubles addictifs et les pathologies duelles (qui, comme l'a montré notre étude, mais également comme retrouvé dans la littérature, sont particulièrement présentes dans la population carcérale) (29). En effet, de nombreuses personnes atteintes de troubles mentaux (et notamment de pathologies duelles) se retrouvent prises dans un cycle de récidive, où elles sont incarcérées, libérées, puis réincarcérées. Cela crée une situation de « portes tournantes », où les personnes sont continuellement prises dans un cercle vicieux d'incarcérations répétées (40).

Plusieurs études se sont interrogées sur la majoration de ce risque de récidive due à la présence d'un ou plusieurs TUS ou d'une pathologie duelle, au type de récidives en lien avec la présence de TUS mais également à la réduction de ce risque grâce à une prise en charge addictologique et/ou psychiatrique. Chang et Fazel se sont, par exemple, intéressés aux taux de récidives chez les patients sous traitements psychotropes (notamment les traitements addictologiques) versus ceux n'étant pas sous traitement et trouvaient un taux de récidives violentes significativement inférieur chez les patients traités (41). Ce constat a été également fait dans une étude de Gossop et al. qui décrivait une diminution des condamnations chez les patients souffrant de TUS après traitement en ce qui concerne les vols, le trafic de drogue ainsi que les crimes violents en Angleterre (42). Une autre étude réalisée en Suède, s'intéressant cette fois au risque de récidive en fonction des substances consommées par les patients, concluait au fait que l'utilisation d'amphétamines et/ou de drogues injectées était un facteur de risque de récidive judiciaire (43). En 2020, Zgoba et al. trouvaient un taux de ré-arrestation significativement plus important chez les personnes anciennement détenues souffrant d'un TUS par rapport à ceux n'ayant pas de TUS. Cette différence n'était plus significative si on considérait les patients

présentant une pathologie duelle versus les autres (17). Cependant, une étude plus ancienne réalisée aux USA examinant le taux de récurrence, durant une période de 4 ans après la libération, retrouvait un taux significativement plus important de récurrence durant les 3 premières années chez les patients présentant une pathologie duelle versus ceux présentant un TUS seul, une pathologie psychiatrique seule ou aucun des deux. (18) Ce résultat semble cohérent avec une autre étude réalisée par Chang et Fazel qui retrouvait également un plus gros risque de récurrence violente chez les personnes souffrant de pathologie duelle (44).

Cette relation complexe entre pathologie duelle, violence et réincarcération contribue à expliquer la forte prévalence de personnes souffrant de ces tableaux cliniques en milieu carcéral.

Les conditions socio-économiques défavorables jouent également un rôle important dans ce contexte. Les personnes vivant dans des situations de précarité économique, avec un accès limité à l'éducation, à l'emploi et aux soins de santé, sont plus susceptibles de se retrouver impliquées dans des comportements à risque, y compris la consommation de substances illicites (45). Cette réalité crée un cercle vicieux, où la rue devient une source d'instabilité et de problèmes, conduisant parfois à des comportements illégaux et finalement à l'incarcération.

De plus, le système de soins psychiatriques peut être surchargé et ne pas être en mesure de répondre aux besoins des personnes souffrant de troubles psychiatriques en prison de manière adéquate. Les ressources limitées, le manque de personnel qualifié et les barrières d'accès aux soins peuvent entraîner un suivi insuffisant et une absence de prise en charge optimale pour ces patients. Cette situation renforce le lien entre la rue et la prison, car les personnes ne bénéficient souvent pas des soins et du soutien nécessaires pour se rétablir durablement.

Notre étude comportait plusieurs limites. D'abord, du fait de la méthodologie de recrutement, le taux d'inclusion était relativement faible (24,2 %). La majorité des non-inclusions résultaient de l'impossibilité de participer à l'étude en raison d'un transfèrement vers un autre établissement ou une libération anticipée, ce qui a pu biaiser l'estimation de la prévalence des troubles. Cependant le taux de réponse était, quant à lui, élevé (67 %). On peut néanmoins faire l'hypothèse que l'état de santé mentale de ces personnes libérées de manière anticipée diffère en comparaison à la population n'ayant pas bénéficié de ce type d'aménagement. Ensuite, l'étude se limitait aux hommes condamnés sortant de MA, elle ne prenait donc en compte ni les hommes libérés à l'issue d'une période de détention préventive, ni les hommes condamnés et détenus dans des établissements pour peine. Notons toutefois que les MA concernent 68 % des hommes détenus et 56,4 % des hommes condamnés. Par ailleurs, les personnes non-francophones n'ont pu être incluses dans l'étude. A noter également que les données étaient déclaratives, il est donc possible que la prévalence des TUS ait été sous-estimée en raison de l'interdiction des substances psychoactives en prison, de la peur des sanctions et de la stigmatisation qui pouvaient constituer un frein à l'instauration d'un climat de confiance avec l'enquêté. On peut également noter un probable biais de mémorisation en ce qui concerne les questions portant sur la période pré-incarcération. Enfin, en ce qui concerne plus spécifiquement la problématique de ce travail, il est important de souligner que le choix du MINI CIM-10 n'était pas optimal, notamment en ce qui concerne l'évaluation des troubles de l'usage d'alcool. La question « *Au cours de l'année écoulée, vous est-il arrivé à plus de 3 reprises de boire, en moins de 3h, plus que l'équivalent d'une bouteille de vin (ou de 3 verres d'alcool fort) ?* » n'était pas adaptée pour définir une consommation simple d'alcool. De plus cette classification ne prenait pas en compte les troubles de l'usage du tabac.

Toutefois, pour ce dernier point, bien qu'elle n'ait pas fait l'objet d'une évaluation par un outil diagnostique standardisé, la consommation de tabac concernait la majorité des participants (86,7 %) et l'âge médian de l'initiation était de 15 ans.

Au total, cette étude a permis de faire un état des lieux des troubles addictologiques et des pathologies duelles à la sortie de MA ainsi que des facteurs ayant pu influencer le développement de ces troubles. Il serait maintenant intéressant d'explorer, dans une étude longitudinale, l'effet de l'incarcération sur la santé mentale et notamment sur le maintien, la cinétique d'évolution voire l'apparition de troubles addictologiques en prison.

## Perspectives

Les résultats de cette étude mettent en évidence l'importance cruciale de la prise en charge des pathologies addictives et psychiatriques en détention et après la libération, ainsi que la nécessité de renforcer la coordination entre les équipes de soin en milieu carcéral et dans la communauté. Pour minimiser la mortalité précoce et réduire les risques de récurrence, notamment en ce qui concerne les récurrences violentes, il est essentiel de mettre en place des mesures préventives et d'investir dans des programmes de traitement pour ces populations qui sont surreprésentées en milieu carcéral.

Pour atteindre ces objectifs, il est impératif de renforcer les ressources et les services de soins de santé mentale, et de favoriser une approche multidisciplinaire et intégrée. Cela nécessite une coordination accrue entre les services de santé mentale, les institutions pénitentiaires, les services sociaux et les organismes de réinsertion sociale. La mise en place de programmes de traitement et de suivi spécifiques en détention, ainsi qu'un soutien approprié et des ressources après la libération, sont essentiels pour faciliter une transition réussie vers la vie communautaire (46).

Il est également crucial de développer des équipes spécialisées dans l'accompagnement des personnes lors de leur sortie d'incarcération, telles que les Equipes Mobiles Transitionnelles (EMOT) actuellement mises en place à Lille et Toulouse. Par ailleurs, il est essentiel de renforcer la formation des équipes soignantes, tant en milieu carcéral que dans les secteurs de psychiatrie qui accueilleront ces populations à leur sortie de prison. Une formation des acteurs

judiciaires est également nécessaire pour une meilleure compréhension des enjeux liés à la santé mentale et aux troubles addictifs en milieu carcéral.

En somme, pour prévenir la récidive, favoriser la réintégration sociale et réduire la surpopulation carcérale liée aux problèmes de santé mentale, il est indispensable de mettre en place des mesures préventives, des programmes de traitement, de renforcer les ressources et les services de soins de santé mentale, ainsi que de promouvoir une approche globale impliquant une coordination étroite entre les différents acteurs impliqués.

## Références bibliographiques

1. Addiction and Health [Internet]. National Institute on Drug Abuse. Disponible sur: <https://nida.nih.gov/publications/drugs-brains-behavior-science-addiction/addiction-health>
2. Fovet T, Thomas P. Psychiatrie en milieu pénitentiaire. In 2017.
3. Fovet T, Geoffroy PA, Vaiva G, Adins C, Thomas P, Amad A. Individuals with bipolar disorder and their relationship with the criminal justice system: a critical review. *Psychiatr Serv Wash DC*. 1 avr 2015;66(4):348-53.
4. Fovet T, Plancke L, Amariei A, Benradia I, Carton F, Sy A, et al. Mental disorders on admission to jail: A study of prevalence and a comparison with a community sample in the north of France. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr*. 27 avr 2020;63(1):e43.
5. Fovet T, Wathelet M, Amad A, Horn M, Belet B, Benradia I, et al. Trauma exposure and PTSD among men entering jail: A comparative study with the general population. *J Psychiatr Res*. 14 déc 2021;145:205-12.
6. Fovet T, Pignon B, Wathelet M, Benradia I, Roelandt JL, Jardri R, et al. Admission to jail and psychotic symptoms: a study of the psychotic continuum in a sample of recently incarcerated men. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. janv 2023;58(1):25-34.
7. Lukasiewicz M, Falissard B, Michel L, Neveu X, Reynaud M, Gasquet I. Prevalence and factors associated with alcohol and drug-related disorders in prison: a French national study. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 4 janv 2007;2:1.
8. Fazel S, Hayes AJ, Bartellas K, Clerici M, Trestman R. Mental health of prisoners: prevalence, adverse outcomes, and interventions. *Lancet Psychiatry*. sept 2016;3(9):871-81.
9. Fazel S, Seewald K. Severe mental illness in 33,588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. mai 2012;200(5):364-73.
10. Fovet T, Wathelet M, Benbouriche M, Benradia I, Roelandt JL, Thomas P, et al. Substance Use, Substance Use Disorders, and Co-Occurring Psychiatric Disorders in Recently Incarcerated Men: A Comparison with the General Population. *Eur Addict Res*. 2022;28(5):368-76.
11. Young JT, Heffernan E, Borschmann R, Ogloff JRP, Spittal MJ, Kouyoumdjian FG, et al. Dual diagnosis of mental illness and substance use disorder and injury in adults recently released from prison: a prospective cohort study. *Lancet Public Health*. mai 2018;3(5):e237-48.

12. Abram KM, Zwecker NA, Welty LJ, Hershfield JA, Dulcan MK, Teplin LA. Comorbidity and continuity of psychiatric disorders in youth after detention: a prospective longitudinal study. *JAMA Psychiatry* 2015;72:84–93.
13. Mundt AP, Baranyi G, Fazel S. Incomplete discussion of bipolar disorder and comorbid substance use disorder - Authors'reply. *Lancet Glob Health* 2019;7:e847.
14. Mir J, Kastner S, Priebe S, Konrad N, Ströhle A, Mundt AP. Treating substance abuse is not enough: comorbidities in consecutively admitted female prisoners. *Addict Behav* 2015;46:25–30.
15. Ignatyev Y, Baggio S, Mundt AP. The Underlying Structure of Comorbid Mental Health and Substance Use Disorders in Prison Populations. *Psychopathology* 2019;52:2–9.
16. Messina N, Burdon W, Hagopian G, Prendergast M. One year return to custody rates among co-disordered offenders. *Behav Sci Law*. 2004;22(4):503-18.
17. Zgoba KM, Reeves R, Tamburello A, Debilio L. Criminal Recidivism in Inmates with Mental Illness and Substance Use Disorders. *J Am Acad Psychiatry Law*. juin 2020;48(2):209-15.
18. Wilson AB, Draine J, Hadley T, Metraux S, Evans A. Examining the impact of mental illness and substance use on recidivism in a county jail. *Int J Law Psychiatry*. 2011;34(4):264-8.
19. Fovet T, Scoufflaire T, Belet B, Demeulemeester E, Thomas P. [The transitional mobile team, psychiatric care upon release from prison]. *Soins Psychiatr*. 2023;44(344):36-40.
20. Binswanger IA, Stern MF, Deyo RA, Heagerty PJ, Cheadle A, Elmore JG, et al. Release from Prison — A High Risk of Death for Former Inmates. *N Engl J Med*. 11 janv 2007;356(2):157-65.
21. Désesquelles A, Kensey A. The death toll of French former prisoners. *Eur J Epidemiol*. 1 oct 2017;32(10):939-41.
22. Zlodre J, Fazel S. All-Cause and External Mortality in Released Prisoners: Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Public Health*. déc 2012;102(12):e67-75.
23. Fazel S, Yoon IA, Hayes AJ. Substance use disorders in prisoners: an updated systematic review and meta-regression analysis in recently incarcerated men and women. *Addiction*. 2017;112(10):1725-39.
24. Darke S. Opioid overdose and the power of old myths: what we thought we knew, what we do know and why it matters. *Drug Alcohol Rev*. mars 2014;33(2):109-14.
25. Usages de drogues en prison - Pratiques, conséquences et réponses - Théma - OFDT. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/thema/usages-de-drogues-en-prison-pratiques-consequences-et-reponses-thema/>

26. Hergueta T, Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E. Mini International Neuropsychiatric Interview French current DSM-IV. 2015 août.
27. Paquette D, Laporte L, Bigras M, Zoccolillo M. Validation de la version française du CTQ et prévalence de l'histoire de maltraitance. *Santé Ment Au Qué.* 2004;29(1):201-20.
28. Ignatyev Y, Baggio S, Mundt AP. The Underlying Structure of Comorbid Mental Health and Substance Use Disorders in Prison Populations. *Psychopathology.* 2019;52(1):2-9.
29. Baranyi G, Fazel S, Langerfeldt SD, Mundt AP. The prevalence of comorbid serious mental illnesses and substance use disorders in prison populations: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health.* juin 2022;7(6):e557-68.
30. Falissard B, Loze JY, Gasquet I, Duburc A, de Beaurepaire C, Fagnani F, et al. Prevalence of mental disorders in French prisons for men. *BMC Psychiatry.* 21 août 2006;6(1):33.
31. Michel L, Trouiller P, Chollet A, Molinier M, Duchesne L, Jauffret-Roustide M, et al. Self-reported injection practices among people who use drugs in French prisons: Public health implications (ANRS-Coquelicot survey 2011-2013). *Drug Alcohol Rev.* avr 2018;37 Suppl 1:S268-76.
32. Rousselet M, Guerlais M, Caillet P, Le Geay B, Mauillon D, Serre P, et al. Consumption of psychoactive substances in prison: Between initiation and improvement, what trajectories occur after incarceration? COSMOS study data. Jarmolowicz DP, éditeur. *PLOS ONE.* 4 déc 2019;14(12):e0225189.
33. Cadet-Taïrou A, Canarelli T, Escots S, Facy F, Lanfumey-Mongredien L, Lapeyre-Mestre M, et al. Médicaments psychotropes : Consommations et pharmacodépendances Institut national de la santé et de la recherche médicale(INSERM); 2012 Paris : Inserm : Éditions EDP Sciences (ISSN : 1264. Disponible sur: <https://www.hal.inserm.fr/inserm-02102985>
34. Protais C, Jauffret-Roustide M. Le trafic de drogues en prison comme enjeu de santé publique. *Rev Fr Aff Soc.* 2023;(1):323-42.
35. Mueser KT, Drake RE, Wallach MA. I. Severe Mental Illness and Comorbidity: Alan S. Bellack, Chair. :18.
36. Iudici A, Girolimetto R, Volponi G, Eletto A. Dual Diagnosis and Application Problems in the Use of the Construct: A Review of Literature. *J Nerv Ment Dis.* mars 2020;208(3):181-9.
37. Horsfall J, Cleary M, Hunt GE, Walter G. Psychosocial treatments for people with co-occurring severe mental illnesses and substance use disorders (dual diagnosis): a review of empirical evidence. *Harv Rev Psychiatry.* 2009;17(1):24-34.

38. Pizzicato LN, Drake R, Domer-Shank R, Johnson CC, Viner KM. Beyond the walls: Risk factors for overdose mortality following release from the Philadelphia Department of Prisons. *Drug Alcohol Depend.* 1 août 2018;189:108-15.
39. Binswanger IA, Nowels C, Corsi KF, Glanz J, Long J, Booth RE, et al. Return to drug use and overdose after release from prison: a qualitative study of risk and protective factors. *Addict Sci Clin Pract.* 2012;7(1):3.
40. Fovet T, Lancelevée C, Thomas P. Santé mentale et justice pénale en France : état des lieux et problématiques émergentes. *Bull Académie Natl Médecine.* 1 mars 2022;206(3):301-9.
41. Chang Z, Lichtenstein P, Långström N, Larsson H, Fazel S. Association Between Prescription of Major Psychotropic Medications and Violent Reoffending After Prison Release. *JAMA.* 1 nov 2016;316(17):1798-807.
42. Gossop M, Trakada K, Stewart D, Witton J. Reductions in criminal convictions after addiction treatment: 5-year follow-up. *Drug Alcohol Depend.* 1 sept 2005;79(3):295-302.
43. Karlsson A, Håkansson A. Crime-Specific Recidivism in Criminal Justice Clients with Substance Use-A Cohort Study. *Int J Environ Res Public Health.* 22 juin 2022;19(13):7623.
44. Chang Z, Larsson H, Lichtenstein P, Fazel S. Psychiatric disorders and violent reoffending: a national cohort study of convicted prisoners in Sweden. *Lancet Psychiatry.* oct 2015;2(10):891-900.
45. Patrick ME, Wightman P, Schoeni RF, Schulenberg JE. Socioeconomic status and substance use among young adults: a comparison across constructs and drugs. *J Stud Alcohol Drugs.* sept 2012;73(5):772-82.
46. Eck M, Rolland B, Icard C, Fovet T. [Addiction management in prisons]. *Soins Rev Ref Infirm.* 2022;67(870-871):48-52.

# Annexes

## Annexe 1 : Questions concernant les TUS dans le MINI (CIM-10)

M. TROUBLES LIÉS A LA CONSOMMATION D'ALCOOL						
M1- Au cours de l'année écoulée, vous est-il arrivé à plus de trois reprises de boire, en moins de 3 heures, plus que l'équivalent d'une bouteille de vin (ou de 3 verres d'alcool fort) ?	NON OUI	F10.2 = NON F10.1 = NON →				
<b>M2- Au cours de l'année écoulée :</b>						
a- Vous est-il souvent arrivé d'avoir un tel besoin ou une telle envie de boire que vous ne pouviez y résister ?	NON OUI					
b- Vous est-il arrivé d'essayer de ne pas boire mais sans y arriver, ou d'avoir du mal à arrêter avant d'être complètement ivre ?	NON OUI					
c- Lorsque vous buviez moins, vos mains tremblaient-elles, transpiriez-vous ou vous sentiez-vous agité(e) ? Ou bien, vous arrivait-il de prendre un verre pour éviter d'avoir ces problèmes ou pour éviter d'avoir la « gueule de bois » ?	NON OUI					
<i>COTER OUI, SI OUI À L'UN OU L'AUTRE</i>						
d- Avez-vous constaté que vous deviez boire plus pour obtenir les mêmes effets qu'auparavant ?	NON OUI					
e- Avez-vous réduit vos activités (loisirs, travail, quotidiennes) parce que vous buviez ?	NON OUI					
f- Avez-vous continué à boire tout en sachant que cela vous entraînait des problèmes physiques ou des problèmes psychologiques ?	NON OUI					
Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN M2 ?	<b>F 10.2</b>	<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;">NON -&gt; aller en M3</td> <td style="text-align: center;">OUI -&gt; aller en N1</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><b>DEPENDANCE A L'ALCOOL</b></td> </tr> </table>	NON -> aller en M3	OUI -> aller en N1	<b>DEPENDANCE A L'ALCOOL</b>	
NON -> aller en M3	OUI -> aller en N1					
<b>DEPENDANCE A L'ALCOOL</b>						
<b>M3- Au cours de l'année écoulée :</b>						
a- Le fait de boire vous a-t-il causé des problèmes de santé tels qu'une maladie de foie, une hépatite, une maladie de l'estomac, une pancréatite, des vomissements de sang, des fourmillements ou une perte de sensation dans vos pieds, ou bien encore des problèmes psychologiques comme ne plus vous intéresser à rien, vous sentir déprimé(e) ou vous méfier des autres ?	NON OUI					
b- Avez-vous eu des problèmes au travail ou avec votre entourage parce que vous buviez ?	NON OUI					
c- Avez-vous eu un accident alors que vous aviez bu (accident de voiture, en utilisant une machine ou un couteau, ...) ?	NON OUI					
Y A-T-IL AU MOINS 1 OUI EN M3 ?	<b>F 10.1</b>	<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;">NON</td> <td style="text-align: center;">OUI</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><b>UTILISATION NOCIVE D'ALCOOL</b></td> </tr> </table>	NON	OUI	<b>UTILISATION NOCIVE D'ALCOOL</b>	
NON	OUI					
<b>UTILISATION NOCIVE D'ALCOOL</b>						
N. TROUBLES LIÉS A LA CONSOMMATION DE DROGUES						
N1- Maintenant je vais vous montrer (MONTRER LA CARTE DES SUBSTANCES), une liste de drogues et de médicaments et vous allez me dire si au cours des 12 derniers mois, il vous est arrivé à plusieurs reprises de prendre l'un de ces produits dans le but de planer, de changer votre humeur ou de vous « défoncer » ?	NON OUI	F1(x).2 = NON →				
SPÉCIFIER LA (LES) SUBSTANCES(S) CONSOMMÉE(S) : .....						
<b>N2- Au cours de l'année écoulée :</b>						
a- Vous est-il souvent arrivé d'avoir un tel besoin ou une telle envie de prendre [NOMMER LA SUBSTANCE], que vous ne pouviez y résister ?	NON OUI					
b- Vous est-il arrivé d'essayer de ne pas en prendre mais sans y arriver ou d'avoir du mal à arrêter avant de planer complètement ?	NON OUI					
c- Lorsque vous en preniez moins ou arrêtiez d'en prendre, aviez-vous des symptômes de sevrage (douleurs, tremblements, fièvre, faiblesse, diarrhée, nausée, transpiration, accélération du cœur, difficultés à dormir ou se sentir agité(e), anxieux(se), irritable ou déprimé(e) ? Ou vous arrivait-il de prendre autre chose pour éviter d'être malade (SYMPTÔMES DE SEVRAGE) ou pour vous sentir mieux ?	NON OUI					
<i>COTER OUI, SI OUI À L'UN OU L'AUTRE</i>						
d- Avez-vous constaté que vous deviez en prendre plus pour obtenir les mêmes effets qu'auparavant ?	NON OUI					
e- Avez-vous réduit vos activités (loisirs, travail, quotidiennes) à cause de la drogue ?	NON OUI					
f- Avez-vous continué à prendre [NOMMER LA SUBSTANCE] tout en sachant que cela vous entraînait des problèmes physiques ou des problèmes psychologiques ?	NON OUI					
Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN N2 ?	<b>F 1(x).2</b>	<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;">NON aller en N3</td> <td style="text-align: center;">OUI aller en O1</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><b>DEPENDANCE à une (des) DROGUES</b></td> </tr> </table>	NON aller en N3	OUI aller en O1	<b>DEPENDANCE à une (des) DROGUES</b>	
NON aller en N3	OUI aller en O1					
<b>DEPENDANCE à une (des) DROGUES</b>						
<b>N3- Au cours de l'année écoulée :</b>						
a- La consommation de [NOMMER LA SUBSTANCE] a-t-elle entraîné chez vous des problèmes de santé tels qu'une overdose accidentelle, une toux persistante, une crise convulsive, une infection, une hépatite, ou une blessure ?	NON OUI					
b- Depuis que vous en prenez, avez-vous des problèmes psychologiques comme ne plus vous intéresser à rien, vous sentir triste, vous méfier des autres ou vous sentir persécuté(e), ou bien encore avoir des idées étranges ?	NON OUI					
c- Avez-vous eu des problèmes au travail ou avec votre entourage parce que vous preniez de [NOMMER LA SUBSTANCE] ?	NON OUI					
Y A-T-IL AU MOINS 1 OUI EN N3 ?	<b>F 1(x).1</b>	<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;">NON</td> <td style="text-align: center;">OUI</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><b>UTILISATION NOCIVE DE DROGUE(S)</b></td> </tr> </table>	NON	OUI	<b>UTILISATION NOCIVE DE DROGUE(S)</b>	
NON	OUI					
<b>UTILISATION NOCIVE DE DROGUE(S)</b>						
SPÉCIFIER LA (LES) SUBSTANCES(S) CONSOMMÉE(S) : .....						

MINI - M-- Troubles liés à la consommation d'alcool / N-- Troubles liés à la consommation de drogues

**C.T.Q. : CHILHOOD TRAUMA QUESTIONNAIRE****Instructions :**

Ce questionnaire porte sur certaines expériences que vous auriez pu vivre au cours de votre enfance ou de votre adolescence. Pour chaque affirmation, cochez la case qui convient le mieux. Bien que certaines questions concernent des sujets intimes et personnels, il est important de répondre complètement et aussi honnêtement que possible.

**Au cours de mon enfance et/ou de mon adolescence :**

	Jamais	Rarement	Quelquefois	Souvent	Très souvent
1. Il m'est arrivé de ne pas avoir assez à manger.	<input type="checkbox"/>				
2. Je savais qu'il y avait quelqu'un pour prendre soin de moi et me protéger.	<input type="checkbox"/>				
3. Des membres de ma famille me disaient que j'étais « stupide » ou « paresseux » ou « laid ».	<input type="checkbox"/>				
4. Mes parents étaient trop saouls ou « pétés » pour s'occuper de la famille.	<input type="checkbox"/>				
5. Il y avait quelqu'un dans ma famille qui m'aidait à sentir que j'étais important ou particulier.	<input type="checkbox"/>				
6. Je devais porter des vêtements sales.	<input type="checkbox"/>				
7. Je me sentais aimé(e).	<input type="checkbox"/>				
8. Je pensais que mes parents n'avaient pas souhaité ma naissance.	<input type="checkbox"/>				
9. J'ai été frappé(e) si fort par un membre de ma famille que j'ai dû consulter un docteur ou aller à l'hôpital.	<input type="checkbox"/>				
10. Je n'aurais rien voulu changer à ma famille.	<input type="checkbox"/>				
11. Un membre de ma famille m'a frappé(e) si fort que j'ai eu des bleus ou des marques.	<input type="checkbox"/>				
12. J'étais puni(e) au moyen d'une ceinture, d'un bâton, d'une corde ou de quelque autre objet dur.	<input type="checkbox"/>				
13. Les membres de ma famille étaient attentifs les uns aux autres.	<input type="checkbox"/>				

Jamais Rarement Quelquefois Souvent Très souvent

14. Les membres de ma famille me disaient des choses blessantes ou insultantes.	<input type="checkbox"/>				
15. Je pense que j'ai été physiquement maltraité(e).	<input type="checkbox"/>				
16. J'ai eu une enfance parfaite.	<input type="checkbox"/>				
17. J'ai été frappé(e) ou battu(e) si fort que quelqu'un l'a remarqué (par ex. un professeur, un voisin ou un docteur).	<input type="checkbox"/>				
18. J'avais le sentiment que quelqu'un dans ma famille me détestait.	<input type="checkbox"/>				
19. Les membres de ma famille se sentaient proches les uns des autres.	<input type="checkbox"/>				
20. Quelqu'un a essayé de me faire des attouchements sexuels ou de m'en faire faire.	<input type="checkbox"/>				
21. Quelqu'un a menacé de me blesser ou de raconter des mensonges à mon sujet si je ne faisais pas quelque chose de nature sexuelle avec lui.	<input type="checkbox"/>				
22. J'avais la meilleure famille du monde.	<input type="checkbox"/>				
23. Quelqu'un a essayé de me faire faire des actes sexuels ou de me faire regarder de tels actes ;	<input type="checkbox"/>				
24. J'ai été victime d'abus sexuels.	<input type="checkbox"/>				
25. Je pense que j'ai été maltraité affectivement.	<input type="checkbox"/>				
26. Il y avait quelqu'un pour m'emmener chez le docteur si j'en avais besoin.	<input type="checkbox"/>				
27. Je pense qu'on a abusé de moi sexuellement.	<input type="checkbox"/>				
28. Ma famille était une source de force et de soutien.	<input type="checkbox"/>				

**AUTEUR(E) : Nom : WAREMBOURG**

**Prénom : Isabelle**

**Date de soutenance : 30 Juin 2023**

**Titre de la thèse :** Troubles de l'usage de substances et pathologies duelles à la sortie d'incarcération : prévalence et facteurs associés

**Thèse - Médecine - Lille « 2023 »**

**Cadre de classement :** Psychiatrie

**DES + FST/option :** Psychiatrie, FST addictologie

**Mots-clés :** addictologie – trouble de l'usage de substances – pathologies duelles – psychiatrie en milieu carcéral

### **Introduction**

Les troubles de l'usage de substances (TUS) et les pathologies duelles sont surreprésentés en population carcérale, que ce soit à l'entrée en prison ou en cours de détention. En France, il n'existe pas d'étude sur la période qui précède la libération, alors que la période qui suit la sortie d'incarcération constitue une période de vulnérabilité avec une surmortalité principalement liée à des overdoses. Cette thèse avait pour objectifs de mesurer la prévalence des TUS et des pathologies duelles chez les hommes à la sortie de maison d'arrêt (MA) et d'identifier les facteurs qui y sont associés.

### **Matériel et méthode**

Cette étude transversale, menée en France métropolitaine entre septembre 2020 et septembre 2022, a interrogé 586 hommes au sein de 26 MA au moment de leur libération. La prévalence des TUS (alcool, et substances illicites) et des pathologies duelles identifiées via le Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) ont été calculées. Des modèles de régression logistique multivariés ont permis d'identifier les facteurs associés.

### **Résultats**

Au total, 49,0 % des personnes détenues présentaient un TUS (alcool ou substance illicite). La prévalence était de 21,5 % pour l'alcool et de 39,6 % pour les substances illicites. La prévalence des pathologies duelles était quant à elle de 29,4 %. Les antécédents de traumatisme dans l'enfance étaient significativement associés à la présence d'un TUS et à la présence d'une pathologie duelle. L'existence d'une mesure pénale en tant que mineur, et l'absence d'activité professionnelle antérieure à l'incarcération étaient associées à l'existence d'un TUS. Les violences vécues pendant l'incarcération étaient associées significativement à l'existence d'une pathologie duelle.

### **Conclusion**

Notre étude montre des prévalences élevées de TUS et de pathologies duelles au sein de la population carcérale sortante. Une étude longitudinale permettrait d'explorer l'effet de l'incarcération sur la santé mentale et notamment sur l'évolution des troubles addictologiques en prison.

### **Composition du Jury :**

**Président : Professeur Pierre THOMAS**

**Assesseur : Professeur Olivier COTTENCIN**

**Directeurs de thèse : Docteur Marielle WATHELET et Docteur Thomas FOVET**