



Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-19. The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company's public news and information website.

Elsevier hereby grants permission to make all its COVID-19-related research that is available on the COVID-19 resource centre - including this research content - immediately available in PubMed Central and other publicly funded repositories, such as the WHO COVID database with rights for unrestricted research re-use and analyses in any form or by any means with acknowledgement of the original source. These permissions are granted for free by Elsevier for as long as the COVID-19 resource centre remains active.



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Article de recherche

Prisons confinées : quelles conséquences pour les soins psychiatriques et la santé mentale des personnes détenues en France ?



Mental health care in French correctional facilities during the Covid-19 pandemic

T. Fovet^{a,b,*}, C. Lancelevée^c, M. Eck^a, T. Scoufflaire^a, E. Bécache^d, D. Dandelot^e,
P. Giravalli^f, A. Guillard^g, P. Horrach^h, M. Lacambreⁱ, T. Lefebvre^j, A.-H. Moncany^k,
D. Touitou^l, M. David^m, P. Thomas^{a,b}

^a CHU de Lille, Pôle de psychiatrie, 59000 Lille, France

^b Université Lille, Inserm, U1172 - Lille Neuroscience & Cognition – Équipe Plasticity & Subjectivity, 59000 Lille, France

^c Fédération de recherches en psychiatrie et santé mentale des Hauts-de-France (F2RSM Psy), Saint-André-Lez-Lille, France

^d UHSA Simone-Veil, Pôle de Santé Mentale des Détenus et de Psychiatrie Légale, centre hospitalier le Vinatier, Bron, France

^e UHSA, pôle psychiatrie médico-légale, centre hospitalier Cadillac, Cadillac, France

^f Pôle 11 : psychiatrie médecine addictologie en détention, médecine légale, UMR ADES AMU, AP-HM, Marseille, France

^g Pôle de psychiatrie en milieu pénitentiaire, EPSM Georges-Daumezon, Loiret, France

^h Département santé mentale-justice, pôle SMPR, CPN Nancy Laxou, centre hospitalier Lorquin, Lorquin, France

ⁱ CHU de Montpellier, Montpellier, France

^j UHSA de Rennes, pôle de psychiatrie en milieu pénitentiaire, Centre hospitalier Guillaume Regnier, Rennes, France

^k Pôle de psychiatrie et conduites addictives en milieu pénitentiaire, centre hospitalier Marchant, Toulouse, France

^l UHSA Paul-Verlaine, groupe hospitalier Paul-Guiraud, 94800 Villejuif, France

^m Association des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire et de la fédération française de psychiatrie et co-référent de l'atelier « psychiatrie en milieu pénitentiaire » du Comité de pilotage de la psychiatrie, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 30 avril 2020

Accepté le 6 mai 2020

Disponible sur Internet le 8 mai 2020

Mots clés :

Coronavirus

Covid-19

SARS-CoV-2

Épidémie

Pandémie

Psychiatrie

Milieu pénitentiaire

Confinement

RÉSUMÉ

Objectif. – En France, les mesures de confinement ont été accompagnées de dispositions spécifiques pour les prisons : suspension des activités, parloirs et interventions extérieures. Plus de dix mille personnes détenues ont en outre été libérées pour diminuer le taux d'occupation des établissements et limiter la propagation du virus. L'objectif de cet article est de décrire la réorganisation des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire en contexte de pandémie de Covid-19 et d'interroger les conséquences du confinement et des libérations anticipées sur la santé mentale des personnes détenues.

Méthode. – Ce travail s'appuie sur une enquête menée en avril 2020 auprès des soignants de 42 unités sanitaires en milieu pénitentiaire et des 9 unités hospitalières spécialement aménagées en France. Une synthèse de la littérature internationale sur la question des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire durant l'épidémie de Covid-19 a également été réalisée.

Résultats. – L'épidémie de Covid-19 semble avoir été plutôt contenue dans les prisons françaises au cours de la période de confinement mais le poids des mesures mises en place sur la population carcérale est important. Les 3 niveaux de soins psychiatriques en milieu pénitentiaire ont instauré des mesures spécifiques pour assurer la continuité des soins, accompagner les personnes incarcérées et contenir l'épidémie. Parmi les plus importantes, on note la restriction des consultations, la création de « secteurs Covid », la déprogrammation des hospitalisations non urgentes, le renforcement des mesures d'hygiène et le remaniement des effectifs. Actuellement, les soignants sont principalement confrontés à des sevrages forcés, des symptomatologies anxieuses et des décompensations de troubles psychiatriques chroniques. Certaines libérations anticipées sont aussi très préoccupantes, pouvant entraîner des ruptures de soins, par manque de préparation des relais de prise en charge.

Discussion. – Les remaniements en lien avec le confinement donnent une visibilité accrue au fossé qui sépare la psychiatrie en milieu libre de la psychiatrie en milieu pénitentiaire. Il nous apparaît important de rappeler la vulnérabilité des personnes incarcérées qui doivent impérativement être considérées dans les politiques de santé publique.

© 2020 L'Encéphale, Paris.

* Auteur correspondant. Unité d'hospitalisation spécialement aménagée (UHSA) Lille-Seclin, chemin du Bois de l'Hôpital, 59113 Seclin, France.
Adresse e-mail : thomas.fovot@chru-lille.fr (T. Fovot).

A B S T R A C T

Keywords:
 Coronavirus
 SARS-Cov-2
 Covid-19
 Epidemic
 Pandemic
 Psychiatry
 Prison
 Lockdown

Objective. – The impact of the Covid-19 pandemic on the 11 million people currently incarcerated worldwide is the subject of many concerns. Prisons and jails are filled with people suffering from many preexisting medical conditions increasing the risk of complications. Detainees' access to medical services is already limited and overcrowding poses a threat of massive contagion. Beyond the health impact of the crisis, the tightening of prison conditions worries. On March 16, 2020, in France, the lockdown measures have been accompanied by specific provisions for prisons: all facilities have suspended visitations, group activities and external interventions. Over 10,000 prisoners have been released to reduce the prison population and the risk of virus propagation. These adjustments had major consequences on the healthcare system in French prisons. The objectives of this article are to describe the reorganization of the three levels of psychiatric care for inmates in France in the context of Covid-19 pandemic and to have a look at the impact of lockdown measures and early releases on mental health of prisoners.

Methods. – This work is based on a survey conducted in April 2020 in France among psychiatric healthcare providers working in 42 ambulatory units for inmates and in the 9 full-time inpatient psychiatric wards exclusively for inmates called "UHSAs" (which stands for "unités hospitalières spécialement aménagées", and can be translated as "specially equipped hospital units"). A review of the international literature on mental healthcare system for inmates during the Covid-19 epidemic has also been performed.

Results. – The Covid-19 epidemic has been rather contained during the period of confinement in French prisons but the impact of confinement measures on the prison population is significant. The three levels of psychiatric care for inmates have implemented specific measures to ensure continuity of care, to support detainees during Coronavirus lockdown and to prevent an infection's spread. Among the most important are: limitation of medical consultations to serious and urgent cases, creation of "Covid units", cancellation of voluntary psychiatric hospitalizations, reinforcement of preventive hygiene measures and reshuffling of medical staff. Prolonged confinement has consequences on mental health of detainees. Currently, mental health workers are facing multiple clinical situations such as forced drug and substance withdrawal (linked to difficulties in supplying psychoactive substances), symptoms of anxiety (due to concerns for their own and their relatives' well-being) and decompensation among patients with severe psychiatric conditions. Early releases from prison may also raise some issues. People recently released from prison are identified as at high risk of death by suicide and drug overdose. The lack of time to provide the necessary link between health services within prisons and health structures outside could have serious consequences, emphasizing the well-known "revolving prison doors" effect.

Discussion. – The current lockdown measures applied in French jails and prisons point out the disparities between psychiatric care for inmates and psychiatric care for general population. Giving the high vulnerability of prison population, public health authorities should pay more attention to health care in prisons.

© 2020 L'Encéphale, Paris.

Introduction

Comme dans tous les lieux d'enfermement, la contagion est une menace constante en prison et les exemples historiques ne manquent pas pour illustrer ce constat. Dès le XVIII^e siècle, John Howard dénonce les conditions d'incarcération dans les prisons anglaises ainsi que les conséquences dramatiques des épidémies de typhus (connu alors sous le nom de « fièvre des prisons ») [1]. La pandémie grippale de 1918 dite « grippe espagnole » aurait quant à elle touché environ un quart de la population carcérale, une prévalence bien plus importante qu'en population générale [2]. Plus récemment, des épidémies de gripes ont été rapportées dans des établissements pénitentiaires de plusieurs pays [3,4]. Par ailleurs, ces observations épidémiologiques ne s'accompagnent pas toujours des mesures de prévention et de prise en charge adaptées, comme en témoignent les faibles taux de vaccination de la population carcérale au cours de la pandémie de grippe H1N1 [5].

L'impact de la pandémie de Covid-19 sur les onze millions de personnes actuellement incarcérées à travers le monde [6] fait donc l'objet de nombreuses inquiétudes et interrogations [7–15]. La population carcérale apparaît particulièrement fragile et potentiellement plus exposée aux formes sévères de la maladie. En effet, parmi les personnes détenues, la prévalence des maladies chroniques associées à une immunodépression est élevée [16,17] et un vieillissement de cette population est observé dans de nombreux pays (3043 personnes sont âgées de plus de 60 ans dans les prisons françaises au 1^{er} janvier 2018) [18,19]. De plus, plusieurs facteurs,

comme la surpopulation ou le cadre de fonctionnement sécuritaire, peuvent constituer des freins à un accès aux soins de qualité en milieu pénitentiaire [9].

De nombreuses recommandations ont émergé ces derniers mois des organismes internationaux et des sociétés savantes pour limiter la propagation de l'infection à SARS-CoV-2 en population générale. Toutefois, les conditions d'incarcération actuelles interrogent quant à la possibilité de mettre en place, en milieu carcéral, l'ensemble des mesures de distanciation sociale actuellement recommandées [9]. Au 1^{er} janvier 2020, 70 650 personnes sont détenues en France pour 61 080 places opérationnelles. Plus de la moitié de ces personnes incarcérées se trouvent dans une structure sur-occupée à plus de 120 % et l'administration pénitentiaire dénombre 1614 matelas au sol [20]. C'est dans ce contexte que l'entrée en vigueur des mesures générales de confinement annoncées le 16 mars 2020 a été accompagnée de dispositions spécifiques pour les prisons comme la suspension de toutes les activités considérées comme non essentielles (travail, formation, culte, etc.), la limitation des mouvements et la suppression des parloirs et interventions extérieures.

Le rôle décisif que joue le phénomène de surpopulation dans la transmission des infections en milieu pénitentiaire a très rapidement conduit de nombreux auteurs à proposer la libération massive des personnes incarcérées dans le contexte de la pandémie de Covid-19 [8,11,14,15]. Une revue de la littérature récente a en effet mis en évidence une association entre la transmission des maladies infectieuses et la surface disponible par personne détenue

dans les cellules [21]. Ainsi, plus de 85 000 prisonniers iraniens ont été libérés et cette politique de « décarcéralisation » a été adoptée par de nombreux autres pays [11]. En France, plus de 10 000 personnes détenues (en majorité des personnes qui présentaient un reliquat de peine inférieur à 6 mois) ont été libérées (assignations à domicile, conversions de peine, aménagements de peine, libérations sous contrainte, réductions de peine exceptionnelles, etc.). Le taux d'occupation des 188 établissements pénitentiaires français est ainsi passé de 119 à 103 %, même si cela ne se traduit pas par un encellulement individuel partout, certaines maisons d'arrêt ayant toujours des taux d'occupation très importants. Le nombre d'incarcérations a également largement diminué. Par exemple, entre le 16 mars et le 21 avril 2020, la direction interrégionale des services pénitentiaires (DISP) de Lille a enregistré 188 entrants pour 1405 sortants.

Les données épidémiologiques actuellement disponibles sur le nombre de prisonniers atteints du Covid-19 sont limitées [13]. Aux États-Unis, sur les 141 306 prisonniers fédéraux, 1926 cas de Covid-19 (dont 38 personnes décédées) ont été confirmés. Parmi les 36 000 personnels pénitentiaires, 350 cas sont recensés (recherche effectuée le 4 mai 2020 [22]). Au Royaume-Uni, au moins 15 personnes incarcérées sont décédées du Covid-19 [13]. En Chine, l'impact de l'épidémie en détention aurait été largement minimisé selon certains auteurs [10]. En France, les données communiquées par la Direction de l'administration pénitentiaire indiquent en date du 23 avril 2020, que 267 personnes détenues sont placées en quatorzaine et que 101 détenus (dont un décédé) et 259 agents pénitentiaires (dont un décédé) ont été testés positifs. Dans chaque établissement pénitentiaire, une zone spécifique (quartier des arrivants ou étage d'un bâtiment par exemple) a été définie afin de permettre l'isolement des personnes détenues pour lesquelles une infection au SARS-CoV-2 est confirmée ou suspectée. Toutes les incarcérations débutent également par une période de confinement (quatorzaine).

Ces chiffres indiquent que l'épidémie de Covid-19 semble, pour le moment, plutôt contenue dans les prisons françaises. Mais les conséquences de cette crise vont bien au-delà de son impact sanitaire et c'est actuellement le durcissement des conditions d'incarcération qui inquiète le plus. Des mutineries meurtrières ont eu lieu dans plusieurs pays (notamment en Italie et en Colombie) et le sous-comité pour la prévention de la torture (SPT) a publié un avis préconisant différentes mesures visant à la protection des droits des personnes privées de liberté [23]. En France, des dispositions ont ainsi été mises en place le 23 mars 2020 pour accompagner les restrictions liées au confinement (crédit téléphonique, gratuité de la télévision, etc.), mais elles ont été jugées insuffisantes par la Contrôleure générale des lieux de privation de liberté [24].

L'ensemble des aménagements pris pour limiter l'impact de l'épidémie de Covid-19 a eu des conséquences majeures sur le système de soins psychiatriques en milieu pénitentiaire. Celui-ci doit pourtant impérativement continuer à effectuer ses missions compte tenu de la prévalence élevée des troubles psychiatriques en détention [25,26] mais aussi des conséquences potentielles des mesures de confinement sur la population carcérale [27]. Cet article se propose de décrire la réorganisation des trois niveaux de soins psychiatriques en milieu pénitentiaire au cours de la pandémie de Covid-19 et d'interroger les conséquences du confinement et des libérations anticipées sur la santé mentale des personnes détenues.

Réorganisation des soins psychiatriques en détention

Les soins psychiatriques de niveaux 1 et 2

La pandémie de Covid-19 a entraîné une large réorganisation du système de soins psychiatriques en France et dans le monde

[28,29]. Plusieurs initiatives comme la mise en place d'« unités Covid » ou le déploiement rapide de la téléconsultation ont été prises. Bien que certaines de ces mesures puissent être adaptées en milieu carcéral, d'autres (comme la téléconsultation) sont actuellement impossibles à développer en détention. Ainsi, les unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP ; soins de niveau 1) et les services médicopsychologiques régionaux (SMPR ; soins de niveau 2) assurant respectivement les soins psychiatriques ambulatoires et les hospitalisations de jour au sein des prisons ont été contraints d'adapter considérablement leur pratique avec trois objectifs principaux :

- limiter la propagation de l'épidémie ;
- assurer la continuité des soins pour les patients souffrant de troubles psychiatriques particulièrement vulnérables au SARS-CoV-2 et exposés à un retard d'accès aux soins [30] ;
- accompagner les personnes incarcérées, le contexte du confinement pouvant être à l'origine d'une forte demande d'assistance psychologique ou de prise en charge psychiatrique [31,32].

Nous avons mené entre le 13 et le 26 avril 2020, une enquête auprès des soignants de 42 USMP (21 contacts téléphoniques ; 21 contacts par courriel) dont est issu l'état des lieux présenté ici.

En accord avec les recommandations du ministère des Solidarités et de la Santé du 2 avril 2020 relatives à la prise en charge sanitaire des patients détenus nécessitant des soins psychiatriques, l'ensemble des soins programmés, des activités de groupe et prises en charge collectives sont suspendues. Seules les consultations pour les situations nécessitant une attention particulière sont maintenues (les termes marqués d'un astérisque sont définis dans le Glossaire situé à la fin de l'article) :

- consultations pour les personnes détenues du circuit arrivant* ;
- suivi des patients identifiés comme vulnérables (c'est-à-dire souffrant d'un trouble psychiatrique sévère, présentant un risque suicidaire élevé, placés au quartier d'isolement*, au quartier disciplinaire* ou en cellule CproU*) par l'équipe soignante ;
- prise en charge des urgences psychiatriques ;
- consultations pour les personnes détenues ayant fait l'objet de signalements inquiétants par l'administration pénitentiaire.

La gestion des traitements médicamenteux constitue une problématique importante en détention [33] et leur distribution se poursuit avec des adaptations qui varient selon les établissements : diminution de la fréquence de distribution, distribution en cellule, vigilance sur les renouvellements de prescription, etc. En ce qui concerne les hôpitaux de jour, les admissions apparaissent fortement compliquées par l'arrêt de l'ensemble des transfèrements* par l'administration pénitentiaire. Selon les établissements, elles restent possibles pour les patients incarcérés au sein de la prison qui héberge l'hôpital de jour ou elles sont impossibles du fait d'une fermeture des lits.

Toutes ces activités doivent se poursuivre dans le respect des mesures de distanciation sociale, nécessitant des réaménagements très souvent problématiques au sein d'unités sanitaires dont les locaux ne sont pas toujours adaptés. Afin que ces dispositions soient respectées au maximum, les mouvements sont également extrêmement réduits en détention. Toute attente commune dans un espace restreint est proscrite, ce qui limite considérablement le nombre de consultations et par conséquent l'accès aux soins pour de nombreux patients. Les mesures d'hygiène sont renforcées (désinfection des locaux, du matériel, lavage des mains) et le port du masque chirurgical s'est généralisé pour les soignants dans de nombreux établissements — au gré de l'approvisionnement, très limité au début de l'épidémie. Bien entendu, l'intervention en zone dédiée Covid-19 en détention impose le port d'un masque FFP2, d'une

charlotte, de lunettes de protection, d'une sur-blouse, de gants et de sur-chaussures. Dans la plupart des établissements, l'unité sanitaire joue aussi un rôle important dans l'information et l'éducation autour du Covid-19 et des mesures de distanciation sociale (information orale, affichages, distribution de fiches, diffusion de vidéos, etc.). L'ensemble de ces mesures nécessite une coordination entre les différents personnels (du soin psychiatrique ou non) de l'USMP.

Enfin, les possibilités de télétravail étant très limitées en milieu pénitentiaire, de nombreux remaniements sont opérés afin de maintenir un effectif minimum de soignants sur place. Un équilibre parfois fragile doit être trouvé entre mobilisation dans d'autres services, placement en réserve, absentéisme et prévention des syndromes d'épuisement professionnel [34]. Une enquête menée par l'agence régionale de santé en avril 2020 auprès des USMP des Hauts-de-France met en évidence un taux d'absentéisme de 37 % (61/167) dont environ un tiers (21/61) pour renfort sur le centre hospitalier de référence, parmi les professionnels de santé en psychiatrie. Le nombre de cas Covid-19 confirmés parmi ces soignants est de 5 (pour 167) tandis que le nombre de cas symptomatiques non confirmés est de 17 (pour 167).

Les soins psychiatriques de niveau 3

En France, les établissements autorisés en psychiatrie ont très rapidement créé des unités permettant de prendre en charge les patients souffrant de troubles psychiatriques et du Covid-19 [28]. Les services de psychiatrie apparaissent en effet particulièrement exposés au Covid-19 du fait notamment de leur architecture et de leur organisation (vie communautaire, chambres doubles, etc.) [35]. Le fonctionnement des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA), qui accueillent depuis 2010 les personnes détenues lorsqu'une hospitalisation à temps complet (avec ou sans consentement) est nécessaire [36–39], a également été adapté. L'état des lieux présenté ici est issu d'une enquête menée auprès des 9 UHSA (440 lits) actuellement en fonctionnement.

Un « secteur Covid » (de 3 à 20 lits pour des établissements comptant entre 40 et 60 places) pour l'accueil des patients nécessitant des soins psychiatriques en hospitalisation à temps complet pour lesquels un diagnostic de Covid-19 est avéré ou suspecté a été mis en place dans 8 UHSA. Ces secteurs ne peuvent accueillir que des patients présentant une forme simple de la maladie, aucun établissement ne disposant d'oxygène mural [40]. Pour l'heure, aucun cas de Covid-19 n'y a été accueilli. Une UHSA a fait le choix de ne pas ouvrir de secteur Covid mais d'orienter les patients pour lesquels un diagnostic de Covid-19 est avéré ou suspecté vers l'unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI) en proposant une activité psychiatrique de liaison renforcée. Dans les secteurs d'activité « non Covid », la plupart des mesures suivantes ont été adoptées dans les UHSA : respect des gestes barrières pour l'ensemble des soignants et des patients, port de masques chirurgicaux pour les soignants, diminution des activités de groupe (ou petits effectifs), surveillance quotidienne de la température et des signes cliniques de Covid-19 (voire dépistage des patients entrants dans 4 UHSA), maintien des consultations individuelles mais avec diminution des effectifs soignants présents. La déprogrammation des hospitalisations non urgentes, qui nécessite une coordination entre les différents niveaux de soins, a bien entendu considérablement impacté l'activité des UHSA. Une diminution du nombre d'admissions a été constatée dans l'ensemble des établissements au début du confinement. Dans certaines régions, les difficultés rencontrées par les USMP et les SMPR pour assurer la continuité des soins auprès des patients présentant des troubles psychiatriques sévères ont eu pour conséquence le maintien en UHSA de patients stabilisés, réduisant de fait les capacités d'accueil. Toutefois, une nette reprise de l'activité est décrite depuis mi-avril 2020.

En ce qui concerne l'admission des personnes détenues sur les secteurs de psychiatrie générale en soins psychiatriques sur décision d'un représentant de l'État, aucune donnée nationale n'est disponible et l'hétérogénéité des pratiques ne permet pas d'établir un état des lieux.

Conséquences sur la santé mentale des personnes détenues

Le poids du confinement en détention

Il est difficile de prédire quelles seront les conséquences du confinement en population carcérale. Les rares données actuellement disponibles en population générale font état de phénomènes fréquents de peur de la contamination, d'inquiétude pour les proches, d'irritabilité ou de sentiments de frustration et d'impuissance [41]. Pour limiter ces réactions, de nombreuses recommandations insistent sur la nécessité de planifier des activités, de pratiquer des exercices physiques, de maintenir des liens sociaux ou d'entretenir une hygiène de sommeil, par exemple. L'accent est mis sur l'utilisation de réseaux sociaux, de sites internet ou d'applications mobiles pour un accès aux pratiques de relaxation et méditation [27]. Là encore, les mesures proposées apparaissent bien éloignées de la réalité du milieu carcéral et quasiment impossible à mettre en œuvre pour les personnes incarcérées.

Les mesures de confinement actuelles exacerbent des difficultés bien connues en milieu pénitentiaire comme l'isolement ou l'inactivité contrainte. Elles entraînent l'inquiétude des personnes détenues sur leur santé ou celle de leurs proches. Des difficultés matérielles (problème d'approvisionnement en linge propre suite à la suspension des parloirs ou difficultés financières dues à l'arrêt du travail en détention par exemple) sont aussi rapportées. Enfin, les reports d'audience et la suspension de nombre de décisions judiciaires attisent le sentiment d'injustice et d'arbitraire. Si la situation venait à se prolonger, plusieurs conséquences sont à redouter en termes de santé mentale.

Une littérature scientifique abondante, dont les premiers travaux datent du XIX^e siècle, existe sur les répercussions de l'isolement en détention [42–45]. Les nombreuses études évaluant l'impact psychologique de l'incarcération dans les prisons de haute sécurité américaines au sein desquelles les conditions d'isolement social et de privation sont extrêmes (les « Supermax ») mettent en évidence des conséquences importantes à long terme : majoration du risque de trouble dépressif et de suicide, trouble du contrôle des impulsions, perturbation de l'adaptation sociale pouvant être à l'origine de troubles du comportement (allant de l'apathie à l'état d'agitation aiguë) [46]. Stuart Grassian a même décrit un syndrome psychiatrique spécifique chez des personnes détenues sans antécédents psychiatriques associant : hypersensibilité aux stimuli extérieurs, hallucinations, anxiété, troubles de l'attention, idées délirantes de persécution et trouble du contrôle des impulsions avec manifestations auto- ou hétéro-agressives [47,48]. Le rôle de l'isolement comme facteur de décompensation chez les personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères, dont la prévalence est importante en détention, est également connu [43]. Enfin, l'inactivité contrainte peut également faire redouter une recrudescence des comportements hétéro-agressifs [49].

Notre enquête auprès des USMP indique qu'après une période d'activité modérée dans les suites immédiates de l'annonce du confinement, les soignants sont confrontés à des situations cliniques multiples. Les états de sevrage forcé liés à la réduction des contacts avec l'extérieur et donc de l'accès aux substances psychoactives sont notamment particulièrement fréquents. Les symptomatologies anxieuses en lien avec des inquiétudes sur la santé de proches sont également nombreuses, accentuées par l'inactivité contrainte, les difficultés matérielles et l'exposition

massive aux médias (et aux chaînes d'information en continu tout particulièrement). La réduction drastique du nombre de consultations entraîne également des décompensations psychotiques ou thymiques chez des patients en rupture thérapeutique, une problématique qui ira probablement *crescendo* dans les prochaines semaines.

En ce qui concerne le suicide, qui constitue une préoccupation majeure en milieu pénitentiaire [50], les chiffres semblent stables (la DISP de Lille a par exemple enregistré 2 suicides entre le 16 mars et le 21 avril 2020 ; elle en avait enregistré 6 entre le 1^{er} janvier et le 17 mars 2020). Toutefois, de nombreuses crises suicidaires et tentatives de suicide sont décrites par les soignants des USMP, notamment chez les arrivants, le circuit arrivant étant largement remanié (pas de rencontre avec le conseiller pénitentiaire d'insertion et probation – CPIP*, pas d'activité, temps de promenade réduit, etc.).

Libérations anticipées : des relais de prise en charge problématiques

Si les libérations qui ont eu lieu ces dernières semaines, sollicitées par de nombreuses associations et instances de contrôle (Observatoire international des prisons – Section française, Syndicat de la magistrature, Contrôle général des lieux de privation de liberté, etc.), constituent une avancée majeure, la question du devenir des personnes concernées est quant à elle une source d'inquiétude importante [15]. On sait à quel point la période suivant la libération est associée à une mortalité élevée, principalement en raison du suicide et des overdoses [51]. Ce risque est d'autant plus important que la personne a connu, au cours de sa détention, une période d'isolement [52]. La sortie de détention est aussi identifiée comme un risque majeur de rupture de prise en charge si elle n'a pu être anticipée [53]. La continuité de la prise en charge sociale et sanitaire des personnes à leur levée d'érou nécessite en effet une articulation entre les équipes de soins de l'unité sanitaire, les services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP)*, les dispositifs sociaux, médicosociaux et les soins de ville et hospitaliers [53].

Actuellement, la plupart des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et des centres médicopsychologiques (CMP) ont drastiquement diminué leur offre de soins pour s'adapter à la crise sanitaire. Les relais de prise en charge à la libération s'avèrent ainsi être de véritables casse-têtes pour les soignants des USMP. Même si une articulation s'est rapidement mise en place avec les SPIP dans plusieurs établissements (avec communication à l'USMP des personnes détenues éligibles à une libération anticipée), le constat général est celui d'un manque d'information et de temps pour préparer ces libérations dans des conditions acceptables et après la « consultation sortant » nécessaire au relais des prises en charge (certaines libérations ayant lieu dans l'heure suivant la décision). La suspension des admissions dans les structures de post-cure et la diminution des capacités d'accompagnement des CSAPA sont également un frein important pour les prises en charge en addictologie qui concernent de nombreux patients en détention [54]. Enfin, la libération de personnes en situation de précarité extrême et/ou sans domicile fixe dans un contexte où les services d'hébergements d'urgence, d'accompagnement médicosocial et les associations intervenant auprès de ces publics sont pour la plupart saturés ou en activité restreinte du fait de l'épidémie, amplifie le phénomène des « portes tournantes de la prison » (« *revolving prison doors* ») bien décrit pour certains patients souffrant de troubles psychiatriques sévères qui enchaînent les peines de prison courtes sans un accès aux soins satisfaisant entre les incarcérations [55,56]. Enfin, le respect des obligations de soins pénalement ordonnés

s'avère hypothétique au regard de l'accès difficile au système de soins ambulatoires, augmentant le risque de réincarcération.

Conclusion

« La santé en prison, c'est de la santé publique » expliquent les épidémiologistes, insistant sur l'importance d'intégrer les mesures visant à limiter la diffusion du Covid-19 en détention à la réponse globale de santé publique [9]. Mais cette formule s'applique également à la santé mentale et devrait nous interroger sur la place donnée actuellement à la psychiatrie en milieu pénitentiaire en France. Car si les prisons françaises restent, pour le moment, peu impactées par la maladie, les remaniements en lien avec le confinement donnent une visibilité accrue au fossé qui sépare encore et toujours la psychiatrie en milieu libre et la psychiatrie en milieu pénitentiaire [57], bien illustré par les difficultés rencontrées pour le relais des prises en charge à la libération.

Les multiples recommandations relatives à la santé mentale publiées actuellement témoignent d'une préoccupation forte pour les conséquences psychiques du confinement. Il nous apparaît particulièrement important de rappeler la vulnérabilité de certaines populations dont font partie les personnes incarcérées qui doivent être largement prises en compte dans les politiques de santé publique. Ainsi, le déconfinement annoncé le 28 avril 2020 et qui reste la source de multiples interrogations, devra s'accompagner d'un suivi rigoureux des indicateurs de santé mentale en détention mais surtout d'une réflexion globale sur l'organisation des soins psychiatriques en France intégrant les soins aux personnes détenues.

Déclaration de liens d'intérêts

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

Remerciements

Les auteurs remercient Valérie Decroix (Directrice inter-régionale des services pénitentiaires de Lille) et Caroline Delaplace (Responsable Santé DISP de Lille).

Références

- [1] The State of the Prisons in England and Wales | work by Howard. Encycl Br 1777 [Accessed April 28, 2020]. <https://www.britannica.com/topic/The-State-of-the-Prisons-in-England-and-Wales>.
- [2] Finnie TJR, Copley VR, Hall IM, et al. An analysis of influenza outbreaks in institutions and enclosed societies. *Epidemiol Infect* 2014;142:107–13.
- [3] Awofeso N, Fennell M, Waliuzzaman Z, et al. Influenza outbreak in a correctional facility. *Aust N Z J Public Health* 2001;25:443–6.
- [4] Besney J, Moreau D, Jacobs A, et al. Influenza outbreak in a Canadian correctional facility. *J Infect Prev* 2017;18:193–8.
- [5] Lee AS, Berendes DM, Seib K, et al. Distribution of A(H1N1)pdm09 influenza vaccine: need for greater consideration of smaller jails. *J Correct Health Care* 2014;20:228–39.
- [6] Global Prison Trends 2020. *Penal Reform Int*; 2020 [n.d.; accessed April 28, 2020] <https://www.penalreform.org/resource/global-prison-trends-2020/>.
- [7] Yang H, Thompson JR. Fighting covid-19 outbreaks in prisons. *BMJ* 2020;369:m1362. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.m1362>.
- [8] Akiyama MJ, Spaulding AC, Rich JD. Flattening the curve for incarcerated populations – Covid-19 in jails and prisons. *N Engl J Med* 2020. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMp2005687> [Epub ahead of print].
- [9] Kinner SA, Young JT, Snow K, et al. Prisons and custodial settings are part of a comprehensive response to COVID-19. *Lancet Public Health* 2020;5:e188–9. [http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30058-X](http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30058-X).
- [10] Liebrecht M, Bhugra D, Buadze A, et al. Caring for persons in detention suffering with mental illness during the Covid-19 outbreak. *Forensic Sci Int Mind Law* 2020;1:100013. <http://dx.doi.org/10.1016/j.fsml.2020.100013>.
- [11] Simpson PL, Butler TG. Covid-19, prison crowding, and release policies. *BMJ* 2020;369:m1551. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.m1551>.
- [12] World Health Organization. Preparedness, prevention and control of COVID-19 in prisons and other places of detention (2020); 2020 [accessed April 28, 2020] <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants>

- prisons-and-health/publications/2020/preparedness,-prevention-and-control-of-covid-19-in-prisons-and-other-places-of-detention-2020.
- [13] Burki T. Prisons are “in no way equipped” to deal with COVID-19. *Lancet* 2020;395:1411–2, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30984-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30984-3).
- [14] Okano JT, Blower S. Preventing major outbreaks of COVID-19 in jails. *Lancet* 2020;0, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31015-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31015-1).
- [15] Hawks L, Woolhandler S, McCormick D. COVID-19 in Prisons and Jails in the United States. *JAMA Intern Med* 2020, <http://dx.doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.1856> [Epub ahead of print].
- [16] Fazel S, Baillargeon J. The health of prisoners. *Lancet Lond Engl* 2011;377:956–65.
- [17] Dolan K, Wirtz AL, Moazen B, et al. Global burden of HIV, viral hepatitis, and tuberculosis in prisoners and detainees. *Lancet Lond Engl* 2016;388:1089–102.
- [18] Kinner SA, Young JT. Understanding and improving the health of people who experience incarceration: an overview and synthesis. *Epidemiol Rev* 2018;40:4–11.
- [19] Fovet T, Geoffroy PA, Vaiva G, et al. [Psychiatry in elderly prisoners]. *Encéphale* 2016;42:177–82.
- [20] Direction de l'administration pénitentiaire. Statistique de la population détenue et écrouée pour l'année 2020; 2020.
- [21] Simpson PL, Simpson M, Adily A, et al. Prison cell spatial density and infectious and communicable diseases: a systematic review. *BMJ Open* 2019;9:e026806.
- [22] BOP: COVID-19 update; 2020 [n.d.; accessed April 28, 2020] <https://www.bop.gov/coronavirus/>.
- [23] Subcommittee on Prevention of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. Advice of the Subcommittee on Prevention of Torture to States Parties and National Preventive Mechanisms relating to the Coronavirus Pandemic; 2020.
- [24] COVID-19 en prison : des mesures gouvernementales insuffisantes. Site Contrôleur Général Lieux Priv Lib; 2020 [accessed April 28, 2020] <https://www.cgpl.fr/2020/covid-19-en-prison-des-mesures-gouvernementales-insuffisantes/>.
- [25] Falissard B, Loze J-Y, Gasquet I, et al. Prevalence of mental disorders in French prisons for men. *BMC Psychiatry* 2006;6:33, <http://dx.doi.org/10.1186/1471-244X-6-33>.
- [26] Fovet T, Plancke L, Amarie 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* 2020, <http://dx.doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.38> [Epub ahead of print].
- [27] Mengin A, Alle M, Rolling J, et al. Conséquences psychopathologiques du confinement. *Encéphale* 2020, <http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2020.04.007> [Epub ahead of print].
- [28] Chevance A, Gourion D, Hoertel N, et al. Assurer les soins aux patients souffrant de troubles psychiques en France pendant l'épidémie à SARS-CoV-2. *Encéphale* 2020, <http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2020.03.001> [Epub ahead of print].
- [29] Pfefferbaum B, North CS. Mental Health and the Covid-19 Pandemic. *N Engl J Med* 2020, <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMp2008017> [Epub ahead of print].
- [30] Yao H, Chen J-H, Xu Y-F. Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry* 2020;7:e21, [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30090-0](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30090-0).
- [31] Qiu J, Shen B, Zhao M, et al. A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *Gen Psychiatry* 2020;33:e100213, <http://dx.doi.org/10.1136/gpsych-2020-100213>.
- [32] Jiang X, Deng L, Zhu Y, et al. Psychological crisis intervention during the outbreak period of new coronavirus pneumonia from experience in Shanghai. *Psychiatry Res* 2020;286:112903, <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112903>.
- [33] Fovet T, Amad A, Adins C, et al. [Psychotropic drugs in prison]. *Presse Med Paris Fr* 1983 2014;43:520–8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.lpm.2013.08.005>.
- [34] Chen Q, Liang M, Li Y, et al. Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry* 2020;7:e15–6, [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30078-X](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30078-X).
- [35] Zhu Y, Chen L, Ji H, et al. The risk and prevention of novel coronavirus pneumonia infections among inpatients in psychiatric hospitals. *Neurosci Bull* 2020;36:299–302, <http://dx.doi.org/10.1007/s12264-020-00476-9>.
- [36] Fovet T, Thomas P, Adins C, et al. France's forensic psychiatry provision: the long and winding road. *Lancet Psychiatry* 2015;2:e20, [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00272-2](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00272-2).
- [37] Fovet T, Amad A, Horn M, et al. Utilization of hospital-level mental health care services for inmates in France: a transversal study. *Psychiatr Serv Wash DC* 2020, <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.201900497>.
- [38] Moncany A-H, Dandelot D, Bouchard J-P. Entre détention et psychiatrie, les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) pour prendre en charge les personnes détenues dont l'état psychique relève d'une hospitalisation. *Ann Med-Psychol Rev Psychiatr* 2019;177:295–301.
- [39] de Labrouhe D, Plancke L, Amad A, et al. [Hospitalization in French forensic units: results of a patient satisfaction survey]. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2017;65:285–94, <http://dx.doi.org/10.1016/j.respe.2017.03.129>.
- [40] Gharib A, Hieulle A, Amad A, et al. [General medical care in French psychiatric units for inmates: a national survey]. *Encéphale* 2018;45(2):139–46.
- [41] Wang C, Pan R, Wan X, et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17, <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17051729>.
- [42] Cloud DH, Drucker E, Browne A, et al. Public health and solitary confinement in the United States. *Am J Public Health* 2015;105:18–26.
- [43] Metzner JL, Fellner J. Solitary confinement and mental illness in U.S. prisons: a challenge for medical ethics. *J Am Acad Psychiatry Law* 2010;38:104–8.
- [44] Reiter K, Ventura J, Lovell D, et al. Psychological distress in solitary confinement: symptoms, severity, and prevalence in the United States, 2017–2018. *Am J Public Health* 2020;110:S56–62, <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2019.305375>.
- [45] Grassian S. Psychiatric effects of solitary confinement. *Wash Univ J Law Policy* 2006;22:325.
- [46] Haney C. Reforming punishment: psychological limits to the pains of imprisonment; 2020 [n.d.; accessed April 29, 2020] <https://www.apa.org/pubs/books/4316061>.
- [47] Grassian S. Psychopathological effects of solitary confinement. *Am J Psychiatry* 1983;140:1450–4.
- [48] Grassian S, Friedman N. Effects of sensory deprivation in psychiatric seclusion and solitary confinement. *Int J Law Psychiatry* 1986;8:49–65.
- [49] Rupp DE, Vodanovich SJ. The role of boredom proneness in self-reported anger and aggression. *J Soc Behav Personal* 1997;12:925–36.
- [50] Eck M, Scouffaire T, Debien C, et al. [Suicide in prison: epidemiology and prevention]. *Presse Med Paris Fr* 1983 2019;48:46–54, <http://dx.doi.org/10.1016/j.lpm.2018.11.009>.
- [51] Binswanger IA, Stern MF, Deyo RA, et al. Release from prison — A high risk of death for former inmates. *N Engl J Med* 2007;356:157–65.
- [52] Wildeman C, Andersen LH. Solitary confinement placement and post-release mortality risk among formerly incarcerated individuals: a population-based study. *Lancet Public Health* 2020;5:e107–13, [http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30271-3](http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30271-3).
- [53] Ministère des Solidarités et de la Santé, CAB.Solidarites. Feuille de route sur trois ans pour la santé des personnes placées sous main de justice. Ministère Solidar Santé; 2020 [accessed April 29, 2020] <http://www.solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/presentation-feuille-de-route-sur-trois-ans-pour-la-sante-des-personnes-placees>.
- [54] Fazel S, Bains P, Doll H. Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review. *Addict Abingdon Engl* 2006;101:181–91.
- [55] Baillargeon J, Binswanger IA, Penn JV, et al. Psychiatric disorders and repeat incarcerations: the revolving prison door. *Am J Psychiatry* 2009;166:103–9.
- [56] Fazel S, Yu R. Psychotic disorders and repeat offending: systematic review and meta-analysis. *Schizophr Bull* 2011;37:800–10, <http://dx.doi.org/10.1093/schbul/sbp135>.
- [57] Fovet T, Thomas P, Amad A. Psychiatrie en milieu pénitentiaire : une sémiologie à part ? *Ann Med-Psychol* 2015;173(8):726–30.

Glossaire

Circuit arrivant: Parcours organisé pour les personnes détenues arrivant en détention (placées au quartier arrivant). Ce premier temps de l'incarcération comporte entre autres un rendez-vous avec le conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation (CPIP), le représentant de l'établissement pénitentiaire et le service médical.

Conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation (CPIP): Personnel exerçant au sein d'un service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) de l'administration pénitentiaire. Son rôle est d'accompagner les personnes détenues et de contrôler le respect des mesures de justice.

CproU: Cellule de protection d'urgence, cellule lisse, configurée pour limiter les risques de pendaison.

Quartier d'isolement (QI): Le placement dans une cellule du quartier d'isolement a pour but d'isoler une personne détenue du reste de la population carcérale.

Quartier disciplinaire (QD): Communément appelé le « mitard », le quartier disciplinaire regroupe des cellules disciplinaires dans lesquelles les personnes détenues peuvent être enfermées à la suite d'une faute (isolement punitif).

Service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP): Service ayant pour mission de favoriser l'accès aux droits et aux dispositifs d'insertion de droit commun des détenus.

Transfèrement: Fait de déplacer une personne d'un lieu de détention à un autre.