



HAL
open science

Santé mentale et justice pénale en France : état des lieux et problématiques émergentes

Thomas Fovet, Camille Lancelevee, Pierre Thomas

► To cite this version:

Thomas Fovet, Camille Lancelevee, Pierre Thomas. Santé mentale et justice pénale en France : état des lieux et problématiques émergentes. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, 2022, Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, 206, pp.301-309. 10.1016/j.banm.2021.10.011 . hal-04588442

HAL Id: hal-04588442

<https://hal.univ-lille.fr/hal-04588442>

Submitted on 22 Jul 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

Santé mentale et justice pénale en France : état des lieux et problématiques émergentes*

Mental health and criminal justice in France: state of play and some emerging issues

Thomas Fovet^{1,2*}, Camille Lancelevée³, Pierre Thomas¹

- 1) Univ Lille, CNRS, UMR-9193, SCA-Lab, psychiatrie et CHU Lille, Pôle de psychiatrie (CURE), Hôpital Fontan, F-59000 Lille, France.
- 2) Centre national de ressources et de résilience Lille-Paris (CN2R), F-59000 Lille, France.
- 3) Laboratoire SAGE, UMR 7363, Université de Strasbourg, F-67000 Strasbourg, France.

*Correspondance

thomas.fovot@chru-lille.fr

Unité hospitalière spécialement aménagée

Chemin du Bois de l'Hôpital

59113 SECLIN

Liens d'intérêt :

TF, CL et PT déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt en rapport avec cet article.

Séance du 15/02/2022

Résumé

La prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiatriques et ayant commis une infraction pénale est extrêmement variable dans le monde. Cette problématique complexe vient en effet s'inscrire au croisement de la longue histoire du système pénal et du système de soins de chaque pays. Cet article propose une synthèse des liens entre santé mentale et justice pénale en France. Après une rapide contextualisation historique, les trajectoires possibles des personnes souffrant de troubles psychiatriques ayant commis une infraction sont décrites à partir de la décision judiciaire d'irresponsabilité pénale ou non. L'organisation des soins psychiatriques aux personnes détenues est exposée ainsi que les dispositifs psychocriminologiques mis en place par l'administration pénitentiaire et les mesures de soins pénalement ordonnés. L'articulation entre le système de santé mentale et la justice pénale est complexe et les nombreuses problématiques émergentes sont finalement abordées. La prévalence élevée des troubles psychiatriques sévères dans les prisons soulève en effet de multiples inquiétudes, en particulier en ce qui concerne la situation de l'expertise psychiatrique, le manque de formation des soignants et l'absence d'alternative à l'incarcération pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères. La reconnaissance de la psychiatrie légale dans la formation des psychiatres français pourrait constituer un facteur d'amélioration pour l'avenir.

Mots clés

Droit pénal ; France ; Psychiatrie légale ; Irresponsabilité pénale

Abstract

The treatment of people suffering from mental disorders who committed a criminal offence differs greatly in countries around the world because of the long histories of criminal justice and psychiatry specific to each country. This complex issue arises at the intersection of the long history of each country's criminal justice and health care systems. The present article provides an overview of the relationship between mental health care and judicial systems in France. After a brief historical contextualisation, the possible trajectories of people diagnosed with mental disorders who committed crimes are described, based on the judicial decision of criminal irresponsibility or not. The organisation of psychiatric care for incarcerated people in France is described, as well as the psycho-criminological programs implemented by the prison administration and the management of court-ordered treatment. Finally, emerging issues are addressed. The current high prevalence of severe psychiatric disorders in French prisons raises multiple concerns, particularly regarding the practice of psychiatric expertise, the lack of training of mental health professionals and the absence of diversion programs for people suffering from severe psychiatric disorders in prison. We think that recognizing forensic psychiatry in the training of French psychiatrists could be a key factor in improving these issues in France.

Keywords

Criminal Law ; France ; Forensic Psychiatry ; Insanity Defense

1. Introduction

La prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiatriques et ayant commis une infraction pénale est extrêmement variable dans le monde. Cette problématique complexe vient en effet s'inscrire au croisement de la longue histoire du système pénal et du système de soins de chaque pays. Dans cet article, nous proposons une revue narrative des liens entre santé mentale et justice pénale en France.

2. Contexte historique

La *responsabilité pénale* est un principe fondamental du droit pénal français depuis le début du XIXe siècle. Inscrit dès 1810 dans l'article 64 du code pénal, ce principe établit une dichotomie fondamentale entre les hôpitaux psychiatriques et les prisons : « *Il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était dans un état de démence au moment de l'infraction, ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister* ». Ce principe est repris dans l'article 24 de la loi de 1838 ("*loi des aliénés*") : « *Les aliénés ne peuvent en aucun cas être détenus avec les condamnés ou les accusés ou déposés dans une prison* ». Malgré une succession de débats tout au long des XIXe et XXe siècles autour de la nécessité de réviser ce principe pour mieux prendre en compte la *dangerosité* [1,2], cette dichotomie est toujours à la base du droit pénal français.

Dans les années 1930, de nombreux pays européens créent des structures visant à accueillir spécifiquement les personnes souffrant de troubles psychiatriques ayant commis une infraction pénale et présentant un « *danger* » pour la société. Par exemple, en Allemagne, des structures dédiées à l'exécution du « *Massregelvollzug* » (traitement psychiatrique dans des conditions de sécurité renforcées) sont créées, dans le cadre d'une voie alternative aux sanctions pénales (« *zweite Spur* ») comprenant différentes mesures de réhabilitation et de sécurité [3]. En Belgique, une loi introduit en 1930 le placement des personnes considérées comme des « *aliénés délinquants* » dans des « *établissements de défense sociale* » [4]. Des structures similaires apparaissent en Suisse, en Autriche, en Norvège, aux Pays-Bas et même en Italie avec les « *Ospedale Psichiatrico Giudiziario* » [5]. En France, aucun établissement spécifiquement destiné à recevoir les personnes souffrant de troubles psychiatriques et ayant commis un délit ou un crime n'est créé à cette époque [6,7]. Toutefois, les concepts de « *défense sociale* » et de « *dangerosité* » sont largement discutés. Dès 1868, la Société médico-psychologique évoque l'éventuelle nécessité d'une prise en charge spécifique pour les « *aliénés dangereux* » [8]. Deux courants parallèles peuvent alors être décrits [9] : (i) l'ébauche de

services hospitaliers surspécialisés, comme le « *quartier de sûreté* » à Villejuif, qui deviendront plus tard, les Unités pour Malades Difficiles (UMD) ; (ii) la création d'établissements pénitentiaires spécifiques avec notamment, le quartier spécial pour aliénés criminels et épileptiques de la maison centrale de Gaillon qui fut le précurseur du centre pénitentiaire de Château-Thierry (dont le quartier maison centrale accueille actuellement les personnes incarcérées dont l'intégration dans une détention classique est jugée compliquée du fait de troubles du comportement).

Après la Seconde Guerre mondiale, un mouvement de réforme modifie considérablement l'organisation des prisons en France, en promouvant notamment la création de services orientés vers la réinsertion [10]. C'est dans ce contexte que se multiplient les « *services d'examen psychiatrique* » dont les premiers avaient été créés avant la guerre, en 1927 à Loos-lès-Lille par Georges Raviart et Robert Vullien, puis en 1936 à La Santé (Paris), La Petite Roquette (Paris) et Fresnes. Ces services ont avant tout pour objectif de faciliter la réalisation des évaluations psychiatriques pour le compte du ministère de la Justice. Ce n'est qu'en 1958, que le code de procédure pénale introduit la possibilité de placer temporairement en hôpital psychiatrique de proximité « *les détenus en état d'aliénation mentale [qui] ne peuvent être maintenus dans un établissement pénitentiaire* » (article D.398).

Dans les années 1960 et 1970, de nombreuses critiques émergent des mouvements antipsychiatriques en France et en Europe. Elles mettent notamment en garde contre le risque de « *rebâtir l'asile en prison* » [11]. L'enjeu est alors d'apporter des soins aux personnes incarcérées sans participer à leur contrôle judiciaire. C'est dans ce contexte qu'est établi, en 1986¹, que les soins psychiatriques dans les prisons doivent être assurés par des soignants, sous l'autorité du ministère de la Santé. L'arrêté du 14 décembre 1986 pose les jalons de la psychiatrie en milieu pénitentiaire en France, reproduisant la dichotomie historique entre les systèmes de santé mentale et de justice pénale à l'intérieur des murs des prisons. Le principe d'indépendance des soignants sera également central dans la loi de 1994 *relative à la santé publique et à la protection sociale* faisant reposer sur le service public hospitalier, l'organisation des soins aux personnes détenues.

Au cours des années 1990 et 2000, on observe cependant de nouvelles imbrications entre les systèmes de santé mentale et de justice en France. Tout d'abord, en 1994, le nouveau code

¹ Arrêté du 14 décembre 1986 relatif au règlement intérieur type fixant l'organisation des services médico-psychologiques régionaux relevant des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire.

pénal supprime l'article 64 et introduit dans son article 122.1 la notion de responsabilité pénale *atténuée* en cas d'altération du discernement, qui ouvre une nouvelle voie d'orientation vers la détention pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques [12]. En effet, avec ce changement, une personne peut être condamnée à une peine d'emprisonnement même si elle présentait un trouble psychiatrique au moment des faits qui lui sont reprochés (ce trouble n'ayant entraîné qu'une altération, et non une abolition de son discernement). Cette modification importante du code pénal participe de la diminution du nombre de personnes déclarées « *irresponsables* » observée au cours de cette période [13]. Dans le même temps, le législateur développe à partir de 1998 les soins dits « *pénalement ordonnés* », dans le cadre du suivi socio-judiciaire. Initialement réservé aux personnes condamnées pour des infractions à caractère sexuel, le dispositif s'étend ensuite progressivement aux crimes et délits graves, non sexuels, dans les années 2000. Ainsi, la pénalisation croissante de personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères et la médicalisation de certains comportements considérés comme « *déviants* » renforcent de fait les liens entre la justice pénale et les soins psychiatriques.

3. Justice pénale et santé mentale : le système français

La **Figure 1** propose une synthèse des liens entre soins psychiatriques et justice pénale en France. Les trajectoires possibles des personnes souffrant de troubles psychiatriques ayant commis une infraction sont décrites à partir de la décision judiciaire d'irresponsabilité pénale ou non.

3.1. Le principe d'irresponsabilité pénale

En France, le concept de responsabilité pénale reste central dans l'orientation des personnes souffrant de troubles psychiatriques ayant commis des infractions. C'est l'article 122-1 du Code pénal qui décline trois degrés de responsabilité en fonction de l'état mental du sujet au moment des faits : (i) la responsabilité pénale entière, (ii) la responsabilité pénale « *atténuée* » via l'altération du discernement (alinéa 2, « *La personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable. Toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime* ») et (iii) l'irresponsabilité pénale via l'abolition du discernement (alinéa 1, « *N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement et le contrôle de ses actes* »). Selon le degré de responsabilité pénale retenu par le magistrat, le parcours carcéral et le parcours de soins seront totalement différents :

incarcération dans les deux premiers cas, et orientation vers le secteur de psychiatrie générale dans le cas de l'irresponsabilité pénale (voir **Figure 1**). Pour prendre sa décision, le juge peut solliciter une (ou plusieurs) expertises psychiatriques [14] mais il n'est pas tenu de suivre les recommandations de celle(s)-ci. Par ailleurs, l'expertise psychiatrique pré-sentencielle n'est systématique que pour les affaires criminelles. L'expert psychiatre doit justifier de sa qualification et de son expérience professionnelle (Décret n°2004-1463 du 23 décembre 2004) et sa pratique répond à des règles spécifiques qui ne seront pas détaillées ici (voir par exemple [15] pour un article dédié à cette question).

Si l'expert conclut à l'irresponsabilité pénale, le juge *peut* déclarer la personne irresponsable pénalement et donc non passible d'une peine de prison. La *décision* d'irresponsabilité pénale est inscrite au casier judiciaire et le juge peut également imposer des mesures de sûreté, telles que l'interdiction d'entrer en relation avec la victime de l'infraction ou de certaines personnes désignées, l'interdiction de paraître dans tout lieu spécialement désigné, l'interdiction de détenir ou de porter une arme ou l'interdiction d'exercer une activité professionnelle ou sociale spécialement désignée (loi du 25 février 2008). Enfin, il peut prononcer au titre de mesure de sûreté, par décision motivée, une hospitalisation en soins psychiatriques sans consentement sur décision du représentant de l'État (SPDRE). Les soins psychiatriques relèvent dans ce cas du secteur de psychiatrie générale (voir **Figure 1**). Pour les infractions les plus graves (faits punis d'au moins cinq ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux personnes ou d'au moins dix ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux biens), la mainlevée de cette hospitalisation répond à des exigences particulières (nécessitant notamment l'avis de deux psychiatres extérieurs à l'établissement).

En l'absence d'irresponsabilité pénale, la personne est condamnée à une sanction pénale. Si le jugement conclut à l'existence d'une responsabilité pénale « *atténuée* », la peine de prison peut être réduite d'un tiers ou, pour un crime passible d'une réclusion criminelle à perpétuité, réduite à un maximum de 30 ans. Le tribunal peut toutefois décider de ne pas appliquer cette réduction de peine et certains observateurs s'inquiètent d'une pratique judiciaire sévère à l'encontre de ces personnes à mi-chemin entre responsabilité et irresponsabilité [16]. Dans ce cas, les soins psychiatriques relèvent du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire (voir **Figure 1**).

3.2. Les soins psychiatriques aux personnes détenues

En France, les soins psychiatriques en milieu pénitentiaire sont organisés en 3 niveaux (voir **Tableau 1**). Ils reposent sur les principes d'équivalence par rapport aux soins en milieu libre, d'indépendance vis-à-vis de la justice et l'administration pénitentiaire, de secret médical et de consentement libre et éclairé de la personne.

3.2.1. Niveau 1

Ce premier niveau correspond aux soins ambulatoires proposés au sein des unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP), anciennement unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA). L'établissement de santé de rattachement de l'USMP est chargé d'organiser la prise en charge sanitaire des personnes détenues et il coordonne des actions de prévention et de promotion de la santé mises en œuvre au sein de l'établissement pénitentiaire. L'USMP comporte, au sein de chaque établissement pénitentiaire, un dispositif de soins somatiques (DSS) et un dispositif de soins psychiatriques (DSP).

Le DSP assure, dans des locaux dédiés, l'ensemble des activités de consultations, d'entretiens, et d'activités thérapeutiques de groupe, y compris lorsqu'elles s'inscrivent dans le cadre d'un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP). Les professionnels de psychiatrie infanto-juvénile interviennent dans les établissements pénitentiaires qui accueillent des personnes mineures.

La prise en charge est, en théorie, accessible à toute personne incarcérée. Elle n'est possible qu'avec le consentement de la personne (les programmes de soins psychiatriques sans consentement ne peuvent pas être mis en place en prison). L'accès aux soins se fait généralement soit à l'entrée en incarcération à la suite d'un entretien de dépistage, soit sur demande de la personne incarcérée, soit après un signalement (par le personnel de l'administration pénitentiaire, la famille ou tout autre intervenant en détention).

3.2.2. Niveau 2

Le niveau 2 regroupe les soins requérant une prise en charge à temps partiel, permettant au patient de bénéficier de soins psychiatriques en journée. En pratique, des cellules d'hébergement sont spécifiquement dédiées aux patients pris en charge et permettent, dans la mesure du possible, un accès facilité aux soins au sein de l'établissement pénitentiaire. L'admission n'est possible que sous la modalité des soins libres et sur indication médicale.

Les hospitalisations de jour (357 places actuellement) sont essentiellement organisées dans les établissements pénitentiaires sièges d'un service médico-psychologique régional (SMPR). Créés en 1986, ces SMPR constituent un niveau de recours régional. Toutefois, les prises en charge de jour peuvent, en théorie, également être développées dans les établissements pénitentiaires ne disposant pas d'un SMPR mais au sein desquels le besoin est avéré.

Outre leur mission régionale de coordination et d'information auprès des USMP des autres lieux de détention de la région (qui peuvent leur adresser des patients), les SMPR assurent (1) une mission de coopération avec l'ensemble des acteurs de psychiatrie générale ou infanto-juvénile intervenant en milieu pénitentiaire, (2) une mission d'articulation avec les autres dispositifs de soins psychiatriques en milieu pénitentiaire afin d'élaborer un projet régional d'organisation des soins psychiatriques aux personnes détenues, qui peut être intégré au projet territorial de santé mentale (PTSM), (3) un rôle d'interface avec les autorités de tutelle, sur les sujets généraux qui ne concernent pas un site d'implantation spécifique, (4) la mise en place de formations au niveau régional [17].

3.2.3. Niveau 3

Les soins de niveau 3, réalisés au sein d'établissements de santé, correspondent aux hospitalisations psychiatriques à temps complet. Ce niveau a connu des modifications importantes ces dix dernières années avec la création de structures spécifiquement dédiées : les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) [18]. Au nombre de neuf, ces structures dotées au total de 440 lits, accueillent, sur indication médicale, les personnes détenues en soins libres ou sans consentement [19]. Cette dernière modalité d'hospitalisation n'est possible que sous la forme de SPDRE (les soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent ne peuvent pas être mis en place pour les personnes incarcérées). Les USHA sont des unités hospitalières implantées au sein des établissements de santé et sécurisées par l'administration pénitentiaire qui assure les transferts et le contrôle des entrées / sorties mais qui n'est pas présente au sein de l'unité de soins, sauf sur demande du personnel soignant. Elles peuvent accueillir des hommes, des femmes et des personnes mineures [20].

Bien qu'elles aient permis une amélioration substantielle de l'accueil des personnes détenues en hospitalisation psychiatrique à temps complet [21–23], les UHSA sont loin d'absorber le flux d'hospitalisations de personnes détenues. En 2016, près de 4 500 des 67 000 personnes détenues (6.6%) en France ont été hospitalisées en psychiatrie (environ 7 000 admissions). Parmi elles, environ 1 500 ont bénéficié d'une hospitalisation de jour, 2 000 d'une

hospitalisation en UHSA. Le dispositif actuel de soins spécifiquement dédiés ne permet pas d'accueillir l'ensemble des personnes détenues pour lesquelles une indication de soins psychiatriques hospitaliers est posée puisqu'environ 1 800 personnes ont été prises en charge en hôpital psychiatrique général [24]. En l'absence de toute garde statique, cet accueil est souvent décrit comme problématique (ce qu'illustre la durée de séjour, avec une médiane de 7 jours en service de psychiatrie générale contre 25 en UHSA), avec parfois un recours à l'isolement et à la contention mécanique ne répondant pas aux recommandations de la Haute Autorité de Santé [25]. Pour répondre à ce problème, la construction de trois UHSA supplémentaires est actuellement envisagée, mais elle ne pourra vraisemblablement pas constituer une solution idéale. En effet, certains établissements pénitentiaires sont situés à une grande distance de ces UHSA, alors même que l'éloignement est un facteur déterminant dans l'accès aux hospitalisations [26].

Enfin, l'hospitalisation en UMD est accessible pour les personnes détenues dans les mêmes conditions que pour les personnes non détenues, c'est-à-dire lorsque leur état de santé « *requiert la mise en œuvre, sur proposition médicale et dans un but thérapeutique, de protocoles de soins intensifs et de mesures de sécurité particulières* » (article R3222-1 du Code de la santé publique). Actuellement, dix UMD (656 lits, dont 36 pour femmes) sont en fonctionnement en France ; 99 personnes détenues y ont été accueillies en 2016 [24].

3.3. Dispositifs psycho-criminologiques mis en place par l'administration pénitentiaire

De manière totalement indépendante des dispositifs sanitaires en détention, l'administration pénitentiaire et le ministère de la Justice ont développé au cours des dernières décennies un certain nombre de programmes que l'on peut qualifier de « *psycho-criminologiques* » au sein des établissements. Ainsi, quatre centres nationaux d'évaluation, CNE, (Réau, Fresnes, Lille-Sequedin et Aix-Luynes) accueillent des personnes condamnées à de longues peines afin de déterminer, au cours de six semaines d'évaluation, leur dangerosité potentielle, la nécessité de mesures de sûreté spécifiques et leur orientation vers un établissement pénitentiaire « *adapté à leur personnalité* ». Une évaluation de quatre mois est également organisée dans les quartiers d'évaluation de la radicalisation (QER) pour les personnes identifiées comme « *radicalisées* ». Ces personnes peuvent ensuite être orientées vers des quartiers de prise en charge de la radicalisation [27,28]. Par ailleurs, vingt-deux prisons accueillant principalement des personnes condamnées pour des infractions à caractère sexuel ont développé des programmes d'accompagnement spécifiques. Les établissements pour peine, qui accueillent environ 30 % de la population carcérale, disposent depuis 2000 d'un dispositif appelé le « *parcours d'exécution de peine* », qui vise à encadrer, pour chaque personne détenue condamnée, l'ensemble des actions menées en prison et susceptibles de favoriser sa réinsertion. Depuis 2007, des « *programmes de prévention de la récidive* » sont mis en place dans plusieurs établissements pénitentiaires pour des publics ciblés (personnes condamnées pour des violences conjugales, des délits sexuels, etc.). Il s'agit généralement de groupes de discussion animés par des conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation (CPIP) et coordonnés par des psychologues rattachés au ministère de la justice. Enfin, un « *centre socio-médico-judiciaire de sûreté* » a été ouvert en 2008 pour les personnes ayant purgé leur peine mais jugées « *à très haut risque de récidive* » par une commission pluridisciplinaire. Cette unité est composée de 10 studios d'environ 19 m² chacun, équipés d'une salle de bain et d'une cuisine [29]. La procédure est strictement réglementée mais a été dénoncée par plusieurs organisations défendant les droits humains. L'ensemble de ces dispositifs favorise l'émergence de compétences spécifiquement pénitentiaires autour de la prise en charge psycho-criminologique des personnes détenues.

3.4. Soins pénalement ordonnés

Plus de 160 000 personnes sont suivies en milieu ouvert par l'administration pénitentiaire. Parmi elles, environ 7 000 ont été soumis à un « *suivi socio-judiciaire* » (SSJ), c'est-à-dire à des mesures de surveillance déterminées par la juridiction de jugement pour une période donnée et destinées à prévenir la récidive. Dans le cadre de ce SSJ peut être prononcée une injonction de soins. Créée par la loi du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs, cette mesure a été progressivement étendue à d'autres crimes ou délits graves non sexuels [30,31]. La mesure consiste principalement en la mise en place de soins psychiatriques ou psychologiques en milieu libre (le plus souvent après une peine de prison). Le juge peut ordonner cette mesure au moment de la condamnation ou après la condamnation, mais seulement si une expertise psychiatrique préalable a indiqué qu'elle était pertinente. Il décide également de la durée de la mesure (de quelques mois à dix ans, selon la situation). La mesure d'injonction de soins est contrôlée par le juge d'application des peines (JAP) qui s'appuie sur un « *médecin coordonnateur* » (choisi par le juge sur une liste de psychiatres agréés) [32]. Le médecin coordonnateur fait le lien entre le psychiatre et/ou le psychologue traitant, et le juge : il doit rendre compte chaque année, pendant toute la durée de la mesure, de la pertinence des soins et du respect de la mesure par la personne concernée. Aucune formation préalable n'est requise pour devenir médecin coordonnateur. Enfin, créés en 2006, les « *centres ressources pour intervenants auprès d'auteurs de violences sexuelles* » (CRIAVS) sont des structures régionales visant à améliorer la prévention, la compréhension et la prise en charge des violences sexuelles [33,34].

4. Soins psychiatriques et justice pénale : quels enjeux ?

L'articulation entre le système de santé mentale et la justice pénale est complexe et soulève de nombreux enjeux institutionnels.

4.1. Le risque d'une filière ségrégative

Un certain nombre d'études menées en France ont rapporté des taux élevés de troubles psychiatriques en milieu pénitentiaire [35,36]. La dernière étude nationale a été réalisée en 2004 et montrait qu'environ un tiers d'un échantillon de 799 hommes incarcérés présentaient au moins un trouble mental sévère [37]. Plus récemment, une étude menée auprès de 622 personnes récemment admises en maisons d'arrêt dans le Nord et le Pas-de-Calais a aussi identifié au moins un trouble psychiatrique ou lié à l'usage de substance dans 70% des cas et au moins deux troubles dans 40% des cas [36]. Les prévalences par troubles mises en évidence par ces deux études sont présentées dans le **Tableau 2**.

Plusieurs hypothèses ont été proposées pour expliquer la surreprésentation des personnes souffrant de troubles psychiatriques en milieu pénitentiaire. D'abord, le nombre de personnes déclarées pénalement irresponsables a sensiblement diminué au cours du dernier quart du vingtième siècle, tandis que l'incarcération des personnes dont la responsabilité était considérée comme "*atténuée*" a augmenté [13]. Dans le même temps, la politique de « *désinstitutionnalisation* » a probablement contribué à l'incarcération des personnes souffrant de troubles psychiatriques les moins intégrées socialement, plus susceptibles de tomber dans un cercle vicieux de petite délinquance et de séjours en prison. Cette situation est actuellement aggravée d'un côté par les procédures de jugement accélérées telles que la comparution immédiate généralement réalisée sans aucune expertise psychiatrique, de l'autre, par la diminution de la durée de séjour pour les personnes souffrant de troubles mentaux les plus sévères. Plusieurs travaux ont pu montrer une corrélation inverse entre les taux d'incarcération et d'hospitalisation en psychiatrie [38–40]. Même si elle est discutée [41] notamment parce que les populations jadis hospitalisées et aujourd'hui incarcérées présentent des caractéristiques différentes [42], cette corrélation pourrait suggérer que les prisons remplissent aujourd'hui des fonctions d'institutionnalisation que les hôpitaux psychiatriques remplissaient autrefois (certains auteurs parlent de « *transinstitutionnalisation* ») [43,44].

Enfin, paradoxalement, l'amélioration de l'accès aux soins de santé mentale en prison (notamment avec les nouveaux établissements psychiatriques comme l'UHSA, voir 3.2. Les soins aux personnes détenues) renforce l'idée que la prison est un lieu adapté pour les personnes

souffrant de troubles psychiatriques graves. Ainsi, il n'est pas rare que les juges orientent une personne vers une prison disposant d'un DSP richement doté [16] dans l'optique de combiner sanction pénale et soins psychiatriques. Par ailleurs, même lorsque la décision finale est l'irresponsabilité pénale, une détention provisoire est fréquemment prononcée, aboutissant à une longue période d'incarcération au retentissement délétère pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères. Au total, en l'absence d'alternatives à l'incarcération (seules certaines initiatives locales comme le programme *Alternative à l'Incarcération par le Logement et le Suivi Intensif à Marseille* [45] existent et la suspension de peine pour raison psychiatrique [46] reste très peu développée en France), la prise en charge de ces personnes repose essentiellement sur les soins psychiatriques en milieu pénitentiaire. Pourtant, les conditions actuelles de détention, particulièrement dégradées en maison d'arrêt [47], sont associées à de nombreux facteurs de stress difficilement compatibles avec les soins psychiatriques [48], d'autant plus que les problèmes d'effectifs de soignants sont fréquents en prison [26]. L'incarcération de personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères risque de surcroît, selon de nombreux observateurs, de transformer la psychiatrie en milieu pénitentiaire en une filière de soins ségrégative pour cette population [49].

4.2. La libération et le relai de soins

Si l'accès aux soins psychiatriques en milieu pénitentiaire a été optimisé au cours des dernières décennies dans les prisons françaises (sans toutefois pouvoir répondre aux besoins importants des personnes incarcérées), la continuité des soins après la libération reste particulièrement fragile. Pourtant, la mortalité des ex-prisonniers est environ 3 à 4 fois supérieure à celle retrouvée en population générale [50,51]. Deux raisons principales expliquent ces difficultés. Tout d'abord, très peu d'études se sont intéressées aux personnes sortant de prison et aux parcours de soins en détention. Une étude nationale visant à estimer la prévalence des troubles psychiatriques à la sortie de maison d'arrêt est en cours (étude *Santé en population carcérale sortante* : <https://www.f2rsmpsy.fr/sante-mentale-population-carcerale-sortante.html>). Des travaux longitudinaux visant à évaluer les effets de l'incarcération sur la santé mentale devraient également être menés. Deuxièmement, la dichotomie entre services de santé mentale et services judiciaires rend souvent l'articulation difficile. Les équipes de soins sont parfois informées le jour même de la libération d'une personne suivie, ce qui rend particulièrement complexe la mise en place d'un relai de prise en charge. De plus, la coordination entre les services de soins en milieu pénitentiaire et en milieu libre n'est pas toujours optimale. Les centres médico-psychologiques (CMP) sont souvent surchargés et les délais de prise en charge importants sont peu compatibles avec une prise en charge adaptée au cours de la période la plus à risque après une libération [52].

4.3. La psychiatrie légale en France

La France reste l'un des derniers pays européens où la psychiatrie légale (« *forensic psychiatry* ») n'est pas officiellement reconnue [53]. Ceci constitue un élément d'explication à l'enseignement actuellement limité dans le domaine mais aussi à la situation dégradée de l'expertise psychiatrique en France.

L'inscription sur la liste des experts psychiatres ou psychologues ne requiert pas de qualification spécifique en France. Les pratiques diffèrent donc largement entre les experts, certains s'appuyant sur des échelles d'évaluation standardisées, d'autres sur des évaluations cliniques non structurées [54,55] avec des interprétations variables pour ce qui est de la détermination du niveau de responsabilité pénale [14,56]. De plus, malgré les besoins croissants du système judiciaire dans ce domaine, on constate une pénurie d'experts [57]. Au cours des années 2000, plusieurs rapports ont alerté sur la nécessité de mieux réglementer leur formation [16]. Les mêmes difficultés s'appliquent aux médecins coordonnateurs dans le cadre des soins pénalement ordonnés.

De manière plus générale, la formation des soignants à la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiatriques et ayant commis une infraction pénale est également peu développée. Certains diplômes universitaires et inter-universitaires en psychiatrie légale et en psycho-criminologie existent, mais ces initiatives restent rares et ne sont pas incluses dans la formation de tous les soignants. Un réseau professionnel de psychiatrie légale (<https://www.afpbn.org/sections/section-psychiatrie-legale/>) a récemment été mis en place pour compléter les associations nationales d'experts psychiatriques (par exemple, l'Association Nationale des Psychiatres Experts Judiciaires). Au total, une meilleure formation des professionnels de la santé et de la justice est indispensable.

5. Conclusion

En France, la distinction claire entre les systèmes judiciaire et sanitaire permet un respect absolu du secret médical mais aussi une indépendance des soins psychiatriques par rapport aux institutions judiciaires. Cette distinction met l'intérêt du patient (et non l'évaluation du risque de récidive ou de la dangerosité potentielle) au centre des priorités pour les professionnels soignants. Cependant, la prévalence élevée des troubles psychiatriques sévères dans les prisons soulève de nombreuses inquiétudes, en particulier en ce qui concerne la situation de l'expertise psychiatrique, le manque de formation des soignants et l'absence d'alternative à l'incarcération pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères. La reconnaissance de la psychiatrie légale dans la formation des psychiatres français pourrait constituer un facteur d'amélioration pour l'avenir.

Légende des figures

Figure 1. Liens entre soins psychiatriques et justice pénale en France

En bleu : dispositifs judiciaires (i.e., gérés par le ministère de la Justice)

En orange : dispositifs sanitaires (i.e., gérés par le ministère des Solidarités et de la Santé)

Références

1. Renneville M. Crime et folie : deux siècles d'enquêtes médicales et judiciaires. Paris: Fayard; 2003.
2. Guignard L. Juger la folie: la folie criminelle devant les Assises au XIXe siècle. PUF; 2010.
3. Lancelevée C. Les mesures de réhabilitation et de sûreté en Allemagne. Cahiers de la sécurité et de la justice. déc 2018;(44):77-87.
4. Cartuyvels Y, Champetier B, Wyvekens A. La défense sociale en Belgique, entre soin et sécurité. Déviance et Société. 2010;Vol. 34(4):615-45.
5. Salize HJ, Dreßing H, Kief C. Mentally Disordered Persons in European Prison Systems. Needs, programmes and outcomes. Central Institute of Mental Health, Mannheim: European Commission; 2007 oct.
6. Kaluszynski M. La rivalité des médecins et des juristes. In: Mucchielli L, éditeur. Histoire de la criminologie française. Paris: L'Harmattan; 1994. p. 215-35.
7. Protais C. Psychiatric care or social defense? The origins of a controversy over the responsibility of the mentally ill in French forensic psychiatry. Int J Law Psychiatry. févr 2014;37(1):17-24.
8. David M. Psychiatrie en milieu pénitentiaire. Paris: Presses Universitaires de France - PUF; 1993. 128 p.
9. Senon J-L. Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire [Internet]. Presses Universitaires de France; 1998 [cité 15 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/psychiatrie-de-liaison-en-milieu-penitentiaire--9782130493983.htm>
10. Bouagga Y. Humaniser la peine ? [Internet]. <http://journals.openedition.org/lectures>. Rennes (Presses universitaires de); 2015 [cité 13 juill 2021]. Disponible sur: <https://journals.openedition.org/lectures/18568>
11. Farges E. Dynamique professionnelle et transformations de l'action publique Réformer l'organisation des soins dans les prisons françaises : les tentatives de spécialisation de la «médecine pénitentiaire» (1970-1994). [Lyon]: Institut d'Etudes Politiques de Lyon; 2013.
12. Thomas P, Fovet T, Amad A. Psychiatrie en milieu pénitentiaire, entre nécessité et ambiguïté. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. 1 mai 2015;173(4):348-51.
13. Protais C. Sous l'emprise de la folie ? : L'expertise judiciaire face à la maladie mentale. Paris: Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales; 2016. 312 p.
14. Guivarch J, Piercecchi-Marti M-D, Glezer D, Murdymootoo V, Chabannes J-M, Poinso F. Is the French criminal psychiatric assessment in crisis? Int J Law Psychiatry. avr 2017;51:33-41.
15. Jonas, C, Senon, JL. Expertise en psychiatrie : aspects juridiques. EMC - Psychiatrie. 2016;13(1):1-9.
16. Guibet-Lafaye C, Lancelevée C, Protais C, Mission de recherche Droit et justice. L'irresponsabilité pénale au prisme des représentations sociales de la folie et de la responsabilité des personnes souffrant de troubles mentaux. lieu de publication inconnu, France: Mission de recherche droit et justice; 2016. 265 p.

17. ministère des Solidarités et de la Santé, ministère de la Justice. Prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice [Internet]. 2019 [cité 16 janv 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/personnes-detenues/article/prise-en-charge-sanitaire>
18. 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. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* [Internet]. 8 févr 2019 [cité 22 févr 2019]; Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003448719300411>
19. Fovet T, Bertrand M, Horn M, Si Mohammed W, Dandelot D, Dalle M-C, et al. Les soins psychiatriques sans consentement en milieu pénitentiaire sont-ils réservés aux patients « dangereux » ? *L'Encéphale*. 1 déc 2018;44(6):568-70.
20. Buyle-Bodin S, Amad A, Medjkane F, Bourion-Bedes S, Thomas P, Fovet T. [Socio-demographic and clinical characteristics of adolescents hospitalized in French units for inmates: Results of a cross-sectional study]. *Encephale*. juin 2019;45(3):207-13.
21. Fovet T, Thomas P, Adins C, Amad A. France's forensic psychiatry provision: the long and winding road. *Lancet Psychiatry*. août 2015;2(8):e20.
22. Gharib A, Hieulle A, Amad A, Horn M, Hedouin V, Thomas P, et al. [General medical care in French psychiatric units for inmates: A national survey]. *Encephale*. avr 2019;45(2):139-46.
23. de Labrouhe D, Plancke L, Amad A, Charrel C-L, Touitou D, Bodon-Bruzel M, et al. [Hospitalization in French forensic units: Results of a patient satisfaction survey]. *Rev Epidemiol Sante Publique*. août 2017;65(4):285-94.
24. Fovet T, Amad A, Horn M, Thomas P, Chan-Chee C. Utilization of Hospital-Level Mental Health Care Services for Inmates in France: A Transversal Study. *Psychiatr Serv*. 1 août 2020;71(8):824-8.
25. Haute Autorité de Santé. Isolement et contentions en psychiatrie générale. 2017.
26. Eck M, Plancke L, Horn M, Amad A, Thomas P, Fovet T. [Health care delivery and psychiatric hospitalizations in the prisons of the North of France: An observational study]. *Rev Epidemiol Sante Publique*. sept 2020;68(5):273-81.
27. Herzog-Evans M, Benbouriche M, Berjot S, Dean C, Ducol B, Dufourd V, et al. Evidence-Based Work With Violent Extremists: International Implications of French Terrorist Attacks and Responses. Lanham: Lexington Books; 2019. 430 p.
28. Chantraine G, Scheer D, Depuiset M-A. Enquête sociologique sur les "quartiers d'évaluation de la radicalisation" dans les prisons françaises [Internet]. CNRS; 2018 janv [cité 23 juill 2020]. Disponible sur: <https://hal.univ-lille.fr/hal-02458977>
29. Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Enquête sur le centre socio-médico-judiciaire de sûreté de Fresnes [Internet]. 2013 [cité 23 juill 2020]. Disponible sur: https://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2014/02/Enqu%C3%AAt%C3%A9_CSMJS_Fresnes.pdf

30. Orsat M, Auffret E, Brunetière C, Decamps-Mini D, Canet J, Olié J-P, et al. [Court-ordered treatment: Analysing a complex practise through a literature review]. *Encephale*. oct 2015;41(5):420-8.
31. Bernard J, Le Gal D, Brugallé J, Gohier B, Orsat M. [Evaluation of injunction to care practices: A study of 119 cases]. *Encephale*. sept 2019;45(4):297-303.
32. Gautron V. (Se) soigner sous la contrainte : une étude du dispositif de l'injonction de soin. 2017.
33. Bertsch I, Marcel D, Larroque I, Chouli B, Prat S, Courtois R. [Preventing recidivism in sexual offenders by focusing on the conditions of release from custody in France?]. *Presse Med*. mai 2017;46(5):544-5.
34. Renard T. Quelle(s) forme(s) de spécialisation(s) dans la prise en charge des criminels sexuels ? *Champ pénal/ Penal field* [Internet]. 5 déc 2019 [cité 15 juill 2021];(18). Disponible sur: <https://journals.openedition.org/champpenal/11436>
35. Falissard B, Loze J-Y, Gasquet I, Duburc A, de Beaurepaire C, Fagnani F, et al. Prevalence of mental disorders in French prisons for men. *BMC Psychiatry*. 21 août 2006;6:33.
36. 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*. 27 avr 2020;1-21.
37. Falissard B, Loze J-Y, Gasquet I, Duburc A, de Beaurepaire C, Fagnani F, et al. Prevalence of mental disorders in French prisons for men. *BMC Psychiatry*. 21 août 2006;6:33.
38. Mundt AP, Serri ER, Siebenförcher M, Alikaj V, Ismayilov F, Razvodovsky YE, et al. Changes in national rates of psychiatric beds and incarceration in Central Eastern Europe and Central Asia from 1990-2019: A retrospective database analysis. *The Lancet Regional Health – Europe* [Internet]. 1 août 2021 [cité 28 juin 2021];7. Disponible sur: [https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762\(21\)00114-9/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762(21)00114-9/abstract)
39. Mundt AP, Chow WS, Arduino M, Barrionuevo H, Fritsch R, Giralá N, et al. Psychiatric hospital beds and prison populations in South America since 1990: does the Penrose hypothesis apply? *JAMA Psychiatry*. févr 2015;72(2):112-8.
40. Raoult S, Harcourt BE. *The Mirror Image of Asylums and Prisons: An International Study* [Internet]. Rochester, NY: Social Science Research Network; 2014 mai [cité 21 mai 2015]. Report No.: ID 2442944. Disponible sur: <http://papers.ssrn.com/abstract=2442944>
41. Winkler P, Barrett B, McCrone P, Csémy L, Janoušková M, Höschl C. Deinstitutionalised patients, homelessness and imprisonment: systematic review. *Br J Psychiatry*. 2016;208(5):421-8.
42. Parsons A. *From Asylum to Prison* [Internet]. University of North Carolina Press. 2018 [cité 15 juill 2021]. Disponible sur: <https://uncpress.org/book/9781469640631/from-asylum-to-prison/>
43. Rubinow DR. Out of sight, out of mind: mental illness behind bars. *Am J Psychiatry*. oct 2014;171(10):1041-4.
44. Bhugra D. Imprisoned bodies, imprisoned minds. *Forensic Science International: Mind and Law*. 1 nov 2020;1:100002.

45. Bosetti T. Focus sur une expérimentation : le logement social accompagné en santé mentale, une alternative à l'incarcération. *Pratiques en sante mentale*. 29 juin 2020;66e année(2):34-6.
46. David M. La suspension de peine pour raison médicale. *L'information psychiatrique*. 18 févr 2014;Volume 90(1):8-10.
47. Lancelevée C, Scheer D. *La prison: Réalités et paradoxes*. Pu Blaise Pascal; 2019. 64 p.
48. Fovet T, Horn M, Thomas P, Amad A. Is prison truly a good place to be cared for? *Acta Psychiatr Scand*. févr 2019;139(2):206-7.
49. Paulet C. Le Secteur de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire : Solutions de continuité ? *Criminocorpus Revue d'Histoire de la justice, des crimes et des peines* [Internet]. 17 oct 2012 [cité 25 juin 2021]; Disponible sur: <http://journals.openedition.org/criminocorpus/2050>
50. Verger P, Rotily M, Prudhomme J, Bird S. High mortality rates among inmates during the year following their discharge from a French prison. *J Forensic Sci*. mai 2003;48(3):614-6.
51. Désesquelles A, Kensey A. The death toll of French former prisoners. *Eur J Epidemiol*. oct 2017;32(10):939-41.
52. Fovet T, Lamer A, Teston R, Scouflaire T, Thomas P, Horn M, et al. Access to a scheduled psychiatric community consultation for prisoners with mood disorders during the immediate post-release period. *Journal of Affective Disorders Reports*. 1 avr 2021;4:100088.
53. Fovet T, Thibaut F, Parsons A, Salize H-J, Thomas P, Lancelevée C. Mental health and the criminal justice system in France: A narrative review. *Forensic Science International: Mind and Law*. 1 nov 2020;1:100028.
54. Combalbert N, Andronikof A, Armand M, Robin C, Bazex H. Forensic mental health assessment in France: recommendations for quality improvement. *Int J Law Psychiatry*. déc 2014;37(6):628-34.
55. Combalbert N, Bazex H, Andronikof A. Study of the correlation between psychiatric and psychological diagnoses in sample offenders. *International Journal of Law and Psychiatry*. 1 janv 2011;34(1):44-8.
56. Guivarch J, Piercecchi-Marti M-D, Glezer D, Chabannes J-M. [Differences in psychiatric expertise of responsibility: Assessment and initial hypotheses through a review of literature]. *Encephale*. juin 2015;41(3):244-50.
57. Pélisse J. *Des chiffres des maux et des lettres: une sociologie de l'expertise judiciaire en économie, psychiatrie et traduction*. Armand Colin; 2012. 267 p.

Irresponsabilité pénale
(Article L122-1 al. 1)

 **JUGEMENT** 

Responsabilité pénale atténuée
(Article L122-1 al. 2)
Responsabilité pénale entière

MILIEU LIBRE

Niveau 1. Centres médico-psychologiques (CMP)

Niveau 2. Hôpitaux psychiatriques de jour

Soins libres	Soins sans consentement*
Niveau 3. Etablissements de santé autorisés en psychiatrie	

Programmes de soins ambulatoires

Unités pour malades difficiles (UMD)

MILIEU CARCERAL

Niveau 1. Dispositif de soins psychiatriques (DSP) au sein des unités sanitaires en milieu pénitentiaires (USMP)

Niveau 2. Hôpitaux de jour en général au sein des services médico psychologiques régionaux (SMPR)

Programmes
psycho-
criminologiques

Soins libres	Soins sans consentement*
Niveau 3. Unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA)	

SOINS PENALEMENT ORDONNES

Injonction de soins

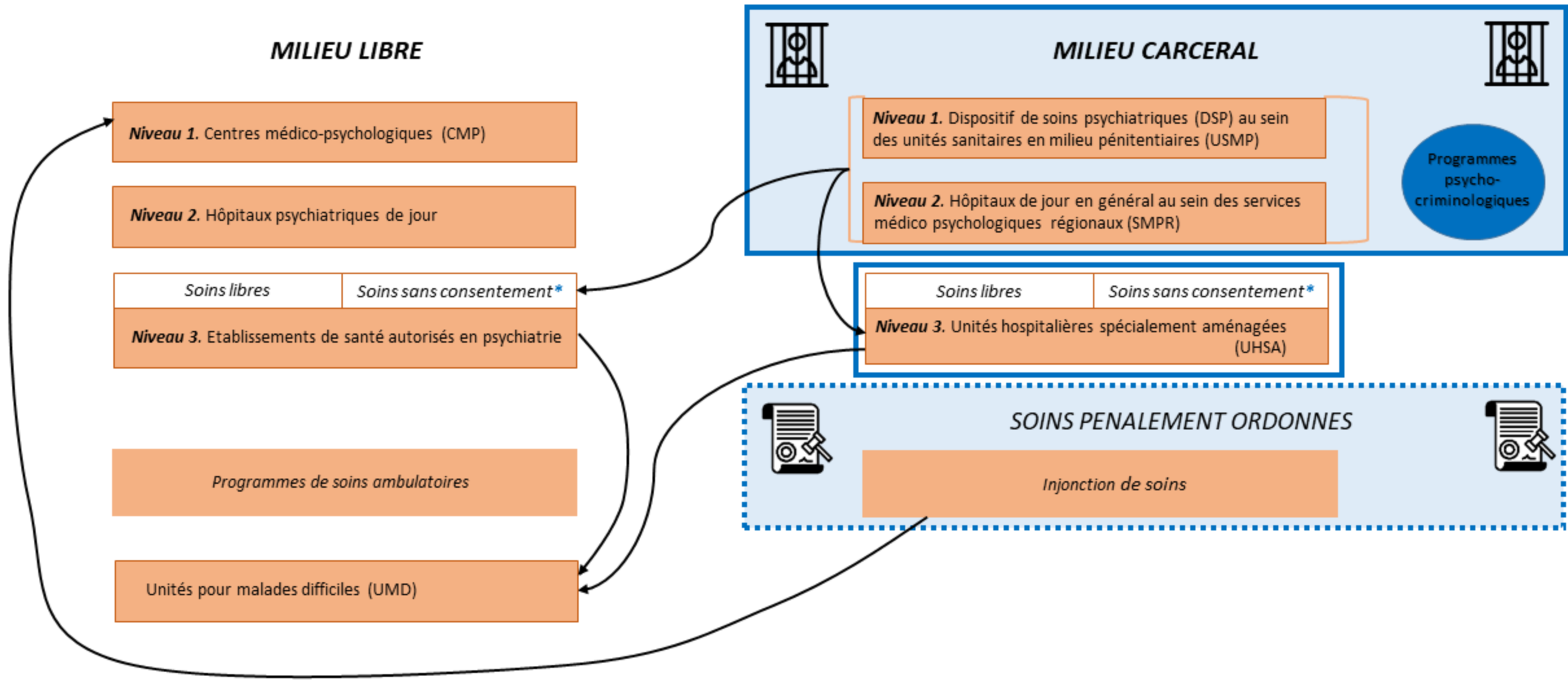


Tableau 1. Organisation des niveaux de soins psychiatriques en France

	Milieu pénitentiaire	Milieu libre
<i>NIVEAU 1</i> <i>Soins psychiatriques ambulatoires</i>	Dispositifs de soins psychiatriques (DSP) au sein des unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP)	Centres médicopsychologiques (CMP) Centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP)
<i>NIVEAU 2</i> <i>Hospitalisations psychiatriques de jour</i>	Hôpitaux de jour au sein des USMP, majoritairement celles disposant d'un service médico-psychologique régional (SMPR)	Hôpitaux de jour (HDJ)
<i>NIVEAU 3</i> <i>Hospitalisations psychiatriques à temps complet</i>	<u>Soins libres</u> Unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) <u>Soins sans consentement (SPDRE uniquement)</u> Unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) ou Unités du secteur de psychiatrie générale	Unités du secteur de psychiatrie générale

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

Tableau 2. Prévalence des troubles psychiatriques évaluée avec le *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI) à l'entrée [50] et en cours d'incarcération [37] en France

	Falissard et al. 2006 20 établissements pénitentiaires (n=799) Prévalence en % (IC à 95%)	Fovet et al. 2020 8 maisons d'arrêt (n=622) Prévalence en % (IC à 95%)
<i>Troubles anxieux</i>	24.0 (21.0-27.0)	44.4 (40.5-48.3)
<i>Trouble de stress post-traumatique</i>	6.6 (4.9-8.3)	5.0 (3.3-6.7)
<i>Troubles de l'humeur</i>	28.6 (25.5-31.7)	31.2 (27.5-34.8)
<i>Dont épisode dépressif caractérisé</i>	22.9 (20.0-25.8)	27.2 (23.7-30.7)
<i>Troubles psychotiques</i>	17.3 (14.7-19.9)	6.9 (4.9-8.9)
<i>Dépendance à l'alcool</i>	8.7 (6.7-10.7)	23.5 (20.1-26.8)
<i>Dépendance à une substance</i>	8.9 (6.9-10.9)	26.7 (23.2-30.2)

IC : intervalle de confiance