

FRESNES

MORTALITÉ

DES SORTANTS

Étude rétrospective de la mortalité
des sortants de la maison d'arrêt de Fresnes
Second volet de l'évaluation des unités
pour sortants (UPS)

Johanne PRUDHOMME
Pierre VERGER
Michel ROTILY

FRESNES

MORTALITE DES SORTANTS

**ÉTUDE RÉTROSPECTIVE DE LA MORTALITÉ
DES SORTANTS DE LA MAISON D'ARRET DE FRESNES**

**SECOND VOLET DE L'ÉVALUATION DES UNITES POUR SORTANTS
(UPS)**

Johanne PRUDHOMME

Pierre VERGER

Michel ROTILY

Avec le soutien de :

L'Observatoire français des drogues et des toxicomanies

La Commission des communautés européennes

Comité de pilotage

Direction générale de la santé : H. MORFINI, S. TOURETTE

Direction de l'Administration pénitentiaire : L. CIRBA, S. STANKOFF

Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie : C. TRABUT

Observatoire français des drogues et des toxicomanies : C. MUTATAYI

Observatoire régional de la santé : J. PRUDHOMME, P. VERGER, M. ROTILY

Remerciements

Nous remercions pour leur collaboration, leur aide et leur soutien :

L. CIRBA (Direction de l'administration pénitentiaire, bureau PMJ2)

C. MUTATAYI (Observatoire français des drogues et des toxicomanies)

C. TRABUT (Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie)

Le docteur C. DE BEAUREPAIRE (Directrice du SMPR de Fresnes)

Monsieur FORTIN (SMPR de Fresnes)

L. BACHELART (ORS PACA)

Préambule

Le présent rapport constitue le dernier volet d'une évaluation des Unités pour Sortants effectuée par l'Observatoire Régional de la Santé et financée par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Cette évaluation a déjà fait l'objet d'un rapport remis à l'OFDT, publié en mars 2001¹ et portant sur la planification et le fonctionnement du programme ainsi que sur son impact. L'évaluation de l'impact s'appuyait notamment sur deux volets : des entretiens auprès du personnel pénitentiaire et des équipes opérationnelles des Unités pour sortants et une enquête d'opinion auprès des détenus.

Un troisième volet de l'évaluation des UPS, non inclus dans le rapport de mars 2001, fait l'objet du présent rapport. Les objectifs initiaux étaient de vérifier si les UPS ont un impact protecteur vis-à-vis de la mortalité des sortants de prison, notamment vis-à-vis des morts par overdose ainsi que sur le taux de réincarcération des sortants. Il n'a pas été possible de répondre aussi strictement que souhaitable à cet objectif en raison des difficultés multiples auxquelles nous avons été confrontés.

Une des premières difficultés est le nombre très faible de prisonniers passant par les UPS. Ceci pose des problèmes de puissance statistique du point de vue de l'évaluation de l'impact des UPS sur des indicateurs tels que la mortalité. Pour remédier à cela, il aurait été souhaitable de recueillir des informations sur plusieurs années, mais pour des raisons qui sont discutées dans ce rapport, cela n'était pas réalisable au moment de l'étude.

De plus, des difficultés d'accès à certaines données ainsi que des problèmes de complétude et de qualité des données auxquelles il a été possible d'avoir accès n'ont pas permis de répondre complètement aux objectifs initiaux de l'enquête, ni de réaliser le protocole tel qu'il avait été initialement prévu. Certaines de ces difficultés ont été rencontrées dès le départ, notamment l'impossibilité d'avoir accès à l'information sur les réincarcérations. D'autres difficultés ont été rencontrées en cours d'enquête qui n'avaient pas été mises en évidence au préalable : elles ont nécessité des adaptations du protocole en cours de route. Notamment, le nombre de décès dans la cohorte de prisonniers qui a été constituée s'est révélé inférieur à ce que les seules informations dont on pouvait disposer pouvaient laisser attendre.

Toutefois, des données originales ont pu être recueillies durant cette enquête permettant de fournir, pour la première fois à notre connaissance, une information sur les causes de mortalité des sortants d'une prison française et de les comparer à celle de la population générale.

Bien que s'écartant des objectifs initiaux, cette comparaison n'en fournit pas moins un éclairage important sur la santé des détenus et de façon indirecte, sur l'impact de leur prise en charge aux plans sanitaire, social et éducatif au cours de leur incarcération. Ce rapport présente donc plus particulièrement ces résultats.

¹ Évaluation des Unités pour sortants (UPS). J. Prudhomme, M-K. Ben Diane, M. Rotily.

Résumé

Peu d'études ont été publiées concernant les problèmes sociaux et médicaux rencontrés à la sortie de prison et encore moins concernant l'évaluation de programmes de préparation à la sortie.

Le présent rapport présente les résultats d'une étude, effectuée en 2001, sur la mortalité des sortants de prison.

Les objectifs initiaux de l'étude étaient les suivants :

Estimer le taux de mortalité des détenus dans l'année suivant leur sortie de prison et le comparer à celui d'une population de référence (population générale française) ;

Identifier et quantifier les facteurs de risque associés aux décès, notamment la dépendance à l'égard de substances licites ou illicites, le statut virologique vis-à-vis du VIH et des hépatites B et C, la durée de l'incarcération ;

Identifier les facteurs protecteurs vis-à-vis des décès après la libération : contact avec le service social, le psychologue, l'éducateur, le médecin, réalisation d'un stage de préparation à la sortie (Quartiers Intermédiaires Sortants [QIS]).

Seul le premier objectif a pu être réalisé pour des raisons qui sont expliquées et discutées dans ce rapport.

Population

L'étude a été effectuée auprès des détenus libérés entre le 1^{er} janvier 1997 et le 31 décembre 1997 de la maison d'arrêt de Fresnes, établissement choisi car il était le premier ayant mis en place un Quartier Intermédiaire Sortant en 1992. L'année 1997 a été choisie car elle correspond à la première année de la mise en place des traitements de substitution en prison. Les détenus transférés durant l'année 1997, de la prison de Fresnes à un autre établissement, n'ont pas été inclus dans l'étude.

Des données ont été recueillies pour 3 098 détenus libérés entre le 1^{er} janvier 1997 et le 31 décembre 1997 de la maison d'arrêt de Fresnes dont 1 439 (46,4 %) sortants nés en France ou dans les DOM et 1 659 (53,6 %) sortants nés à l'étranger ou dans les TOM. Les femmes ne représentaient respectivement que 4,5 % et 5 % des deux sous-cohortes. Du fait du fort taux de perdus de vue et de la vraisemblable sous-identification des décès des personnes nées à l'étranger, les analyses ont été restreintes à la cohorte des personnes nées en France et dans les DOM.

Mortalité observée

Sur les 1 439 sortants nés en France ou dans les DOM, le statut vital a été obtenu pour 1 245 individus (86,5 %) dont 71 étaient décédés sur la période 1997-2001 (date de point : avril 2001).

Les analyses qui suivent sont restreintes aux hommes, compte tenu du faible nombre de femmes (aucun décès observé dans l'année suivant la libération chez les femmes nées en France).

Chez les détenus de sexe masculin, 35 décès sont survenus dans l'année suivant la libération, soit un taux brut de mortalité de 3,0 % sur un an (IC95 % = 2,1 – 4,1). Si l'on exclut les décès survenus chez des sujets transférés à Fresnes pour cause médicale, il reste 21 décès et le taux brut de mortalité est 1,8 % sur un an (IC95 % = 1,1 – 2,7). C'est sur ces décès que les analyses de comparaison, par rapport à la population générale et en fonction des causes, ont été effectuées.

Les causes de décès n'ont pu être obtenues que pour les décès survenus en 1997 et en 1998. Pour les détenus de sexe masculin non transférés pour raison médicale, la cause de 9 décès (42,9 %) était inconnue mais elle a pu être obtenue à partir de l'Institut médico-légal de Paris. Les morts violentes et les overdoses représentaient les causes les plus fréquentes. Venaient ensuite les maladies de l'appareil circulatoire et la cirrhose alcoolique du foie. Chez les détenus transférés pour raison médicale à Fresnes, la majorité des décès était liée à des tumeurs (8 sur 14 décès).

Comparaison de la mortalité par rapport à la population générale (analyses SMR)

Les décès observés chez des prisonniers transférés pour raison médicale à l'hôpital de Fresnes n'ont pas été inclus dans l'analyse comparative pour éviter un biais de sélection. L'analyse des SMR a ainsi été effectuée sur 21 cas et non 35.

Tous âges et toutes causes confondus, une surmortalité a été observée chez les ex-prisonniers (SMR = 321,3 ; IC95 % = 199 – 491) par rapport à la population générale.

Pour la tranche d'âges des 15 – 34 ans, des SMR très significativement augmentés ont été observés pour les décès par pharmacodépendance et ceux par maladie du système circulatoire. Le risque de décès par overdose était multiplié par plus de 120 par rapport à la population générale française. Le risque de décès, toutes causes confondus à l'exclusion des overdoses, était aussi significativement augmenté, multiplié par 3,4.

Pour la tranche d'âges des 35-54 ans, des SMR très significativement augmentés ont été observés pour les décès par pharmacodépendance, ceux par mort violente (hors suicides) et ceux par cirrhose alcoolique du foie. Le risque de décès par overdose était multiplié par plus de 270 par rapport à la population générale française, mais l'intervalle de confiance était très large. Le SMR, toutes causes confondus à l'exclusion des overdoses, était aussi significativement augmenté, identique à celui de la tranche d'âge précédente.

Analyse des facteurs associés à la mortalité

L'analyse des facteurs associés à la mortalité nécessitait un recueil d'informations individuelles à partir des documents disponibles. Pour éviter un recueil auprès de l'ensemble de la cohorte, une étude cas-témoins dans la cohorte a été réalisée : les cas étaient les sujets décédés après la sortie et les témoins étaient appariés sur l'âge du cas au décès ; compte tenu du faible nombre de cas, 10 témoins par cas ont été tirés au sort dans la cohorte.

Au total, 353 sortants ont été sélectionnés et les informations sur les facteurs étudiés ont été recherchées à la prison de Fresnes au SMPR, au QIS et pour les motifs de transfert, au greffe.

Sur les 353 sortants sélectionnés, 150 avaient un dossier SMPR ou un dossier QIS ou les deux et 15 détenus avaient effectué un stage en QIS (4,3 %).

Parmi les 15 détenus ayant effectué un stage QIS, 9 l'ont réalisé au cours de l'année 1997 et parmi eux, un décès a été observé.

L'information concernant les différents facteurs (sociodémographiques, statut virologique vis-à-vis du VIH, du VHB et du VHC, consommation de drogues, traitement substitutif...) n'était pas notée de façon systématique dans la majorité des dossiers.

Initialement, en l'absence d'information sur les motifs de transfert, l'étude cas-témoins devait inclure l'ensemble des cas. Mais, certains décès étant survenus chez des sujets transférés pour raison médicale, ces derniers et leurs témoins ont dû être exclus des analyses pour éviter un biais de sélection. L'effectif final de l'étude est donc plus faible que les 353 sujets inclus initialement.

L'analyse porte ainsi sur 25 cas de décès survenus en 1997 et 1998 et leurs 240 témoins appariés sur l'âge.

Pour des raisons de puissance statistique, tous les cas correspondant aux décès survenus entre 1997 et 1998 ont été considérés et non uniquement ceux survenus dans l'année suivant la sortie.

L'analyse de régression logistique a montré une association significative entre le fait d'être identifié au SMPR et le risque de décès en 1997 et 1998, après la sortie. Le risque de décès était 2,4 fois plus élevé pour les sujets ayant un dossier SMPR que pour les autres, après ajustement sur l'âge et sur la durée de la peine. Une association n'a par contre pas été observée dans cet échantillon avec le passage en QIS. Mais le nombre de sujets étant passé par le QIS était faible.

Une analyse prenant en compte les autres facteurs (sociodémographiques, statut virologique vis-à-vis du VIH, du VHB et du VHC, consommation de drogues, traitement substitutif...) n'a pas été réalisée, ces variables n'étant que partiellement renseignées.

Conclusion générale de l'étude

La présente étude n'a pas permis de répondre à la question de l'efficacité des UPS en termes d'impact sur la mortalité des sortants. Une des raisons majeures est le faible passage par le QIS de l'établissement pourtant sélectionné comme établissement pilote dans la mise en place des UPS.

Elle contribue, en revanche, à mieux informer sur la mortalité des sortants de prison : une surmortalité très significative des ex-détenus a été observée dans la première année suivant leur libération par rapport à la population générale. Cette surmortalité, observée pour les sortants de moins de 55 ans, était particulièrement élevée et significative pour les overdoses. Aucune overdose n'a néanmoins été observée dans les 2 semaines suivant la sortie, période au cours de laquelle, il a été montré que le risque de décès par overdose est le plus élevé.

Cette étude, la première analyse effectuée sur cette population en France, présentait un certain nombre de limites : elle a été conduite sur une population de petite taille probablement non représentative de l'ensemble de la population des sortants en France en 1997. Il serait nécessaire de consolider les résultats et pour ce faire d'élargir l'étude à d'autres établissements en France et sur plusieurs années consécutives. Il s'agirait de constituer un échantillon plus représentatif dont la taille permettrait des analyses dans des conditions de puissance statistique suffisante.

Les résultats de cette étude vont dans le même sens que les données recueillies auparavant sur la santé des détenus en prison et notamment sur la prévalence, parmi eux, de la toxicomanie et de l'alcoolisme.

Ces résultats tout à fait alarmants fournissent une évaluation globale de la performance de la prise en charge sanitaire en prison tant au plan curatif que préventif auprès d'un public fragilisé comme la population carcérale. Ils appellent à un renforcement des mesures de prévention et de suivi des détenus. Le moment de l'incarcération offre, en effet, une opportunité de conduire des actions d'information, d'éducation, de prévention et de traitement adaptés à cette population.

Ces résultats reflètent aussi, au travers des décès par mort violente, les plus nombreux, la brutalité de la rupture que constitue la période de sortie et soulignent par conséquent la nécessité d'une meilleure préparation des prisonniers à cette sortie. Le faible effectif de prisonniers ayant participé aux UPS dans la prison de Fresnes et les difficultés évoquées lors du premier volet de l'évaluation des UPS, alors que ces programmes ont été mis en place depuis 1992, donnent une indication du chemin qui reste à parcourir.

En dépit de l'aide précieuse de nos interlocuteurs et de leur bonne volonté, cette étude s'est heurtée à des difficultés qui ont empêché d'en tirer l'ensemble des résultats attendus. Le problème des causes de décès inconnues n'a pu être résolu que de façon ponctuelle.

De plus, les données nécessaires pour constituer la cohorte des sortants n'étaient pas informatisées. Enfin, faute de l'existence d'un recueil standardisé d'informations sur les facteurs de risque, l'analyse cas-témoins dans la cohorte n'a pu être réalisée de façon approfondie. Ces points soulignent la complexité de la réalisation d'études en milieu carcéral et seront critiques dans la définition des objectifs et des méthodes pour la réalisation d'une étude épidémiologique à plus grande échelle.

La recherche d'informations plus spécifiques concernant les ex-détenus, notamment sur la consommation de drogues, a montré les limites des dossiers disponibles. Ceci souligne le besoin d'instaurer dans les prisons des systèmes d'information pour permettre d'évaluer de façon rigoureuse, fiable et comparable dans le temps et d'une région à l'autre, l'état de santé des prisonniers et fournir ainsi un outil de surveillance de l'état sanitaire de la population carcérale et d'évaluation des interventions. La mise en place d'un tel système devrait, bien entendu, être faite dans le respect des lois protégeant les droits individuels et assurant la confidentialité et l'anonymat des données. Mais elle devrait aussi permettre d'assurer une plus grande transparence sur l'état sanitaire de cette population.

Table des matières

1	Rappel de la problématique et des objectifs	11
1.1.	État des connaissances et problématique.....	11
1.2.	Objectifs de l'étude de mortalité des sortants de prison.....	11
2	Population et méthodes.....	13
2.1.	Constitution de la cohorte	13
2.1.1.	<i>Critères d'inclusion</i>	13
2.1.2.	<i>Critères d'exclusion</i>	13
2.1.3.	<i>Identification des sujets inclus dans la cohorte</i>	13
2.2.	Procédures de recherche du statut vital et des causes de décès	14
2.2.1.	<i>Préparation des fichiers</i>	14
2.2.2.	<i>Recueil de données sur le statut vital et les causes de décès</i>	14
2.3.	Étude descriptive de la mortalité des sortants.....	15
2.3.1.	<i>Choix de la population de référence</i>	15
2.3.2.	<i>Analyse statistique</i>	16
2.4.	Étude cas-témoins dans la cohorte	17
2.4.1.	<i>Nombre de sujets nécessaires</i>	17
2.4.2.	<i>Sélection des témoins</i>	18
2.4.3.	<i>Recueil des informations sur les facteurs de risques</i>	18
3	Résultats	19
3.1.	Description de la population.....	19
3.1.1.	<i>Données fournies par le greffe de la prison de Fresnes</i>	19
3.1.2.	<i>Statuts vitaux et causes de décès</i>	20
3.1.3.	<i>Personnes nées à l'étranger ou dans les TOM</i>	26
3.2.	Analyse descriptive des taux de mortalité	28
3.2.1.	<i>Échantillon de décès inclus dans l'analyse descriptive</i>	28
3.2.2.	<i>Résultats</i>	28

3.3.	Étude cas-témoins dans la cohorte	32
3.3.1.	<i>Description des données recueillies : des données incomplètes</i>	32
3.3.2.	<i>Analyses univariées et multivariées : lien entre identification au SMPR et décès en 1997-1998</i>	38
4	Discussion	39
4.1.	Étude comparative de la mortalité des sortants	39
4.1.1.	<i>Les sortants non identifiés par l'INSEE</i>	39
4.1.2.	<i>Les sujets transférés à Fresnes pour raison médicale : un biais de sélection</i>	41
4.1.3.	<i>Un nombre élevé de causes de décès inconnues</i>	41
4.1.4.	<i>Une surmortalité globale significative des détenus entre 15 et 54 ans</i>	42
4.1.5.	<i>Une surmortalité très élevée et significative par overdose</i>	42
4.1.6.	<i>Des résultats très similaires en prenant la population générale ou les ouvriers-employés comme groupes de référence</i>	42
4.2.	Étude cas-témoins : des données peu exploitables	43
5	Conclusion générale de l'étude	45
6	Bibliographie	47
	Annexes	49

1 Rappel de la problématique et des objectifs

1.1. État des connaissances et problématique

La population des usagers de drogues (UD) est extrêmement hétérogène. Bien que les recherches sur la typologie et le parcours des UD soient peu nombreuses, il est généralement reconnu que leurs caractéristiques socio-démographiques varient en fonction des produits utilisés et des modalités d'utilisation. En outre, certains produits peuvent induire une modification des parcours et des caractéristiques.

Environ 40 à 50 % des usagers de drogues par voie intraveineuse (UDVI) auraient vécu au moins un épisode d'incarcération au cours de la vie (Cavailler, 1997). Les études conduites par l'ORS PACA dans le cadre du réseau européen sur les prisons auprès d'UDVI incarcérés ont montré que 60 % d'entre eux avaient déjà été incarcérés (Rotily, 1994). Le Haut Comité de la Santé Publique évaluait, en 1993, la proportion de détenus concernés par la toxicomanie à 15 % à 20 % (Haut Comité de la Santé Publique, 1993).

Pour certains UD en situation d'exclusion, l'emprisonnement peut constituer une « opportunité » de prise en charge médicale (dépistage, vaccination, programme de prévention, contact avec un psychiatre ou un intervenant en toxicomanie) et sociale (inscription à la Sécurité Sociale, contact avec une assistante sociale). À l'inverse, il peut aussi accroître la vulnérabilité sociale et médicale des UD.

Peu d'études ont été publiées concernant les problèmes sociaux et médicaux rencontrés à la sortie de prison et encore moins l'évaluation de programmes de préparation. Ce type de programme est peu développé à notre connaissance dans la plupart des pays, à de rares exceptions près (Gray, 1992 ; Inciardi, 1996). Une étude d'intervention randomisée, réalisée chez des UDVI de sexe féminin, a montré que la prise de risque d'infection à VIH était moins fréquente chez les détenues ayant bénéficié d'interventions répétées, basées sur l'élaboration de compétences et l'aide sociale (Schilling, 1994 ; Vigilante, 1997).

Quelques travaux ont porté sur la mortalité durant la période suivant la libération (Jones, 1994 ; Seaman, 1998). Ils ont montré un taux élevé de mortalité (hors Sida) chez les UDVI (10 %), notamment par overdose (8 %) pendant les 15 jours suivant la libération.

1.2. Objectifs de l'étude de mortalité des sortants de prison

Une étude a été effectuée en 2001 sur la mortalité des sortants de prison. Ses objectifs initiaux étaient les suivants :

- Estimer le taux de mortalité des détenus dans l'année suivant leur sortie de prison et le comparer à celui d'une population de référence (population générale française) ;
- Identifier et quantifier les facteurs de risques associés aux décès, notamment la dépendance à l'égard de substances licites ou illicites, le statut virologique vis-à-vis du VIH et des hépatites B et C, la durée de l'incarcération ;
- Identifier les facteurs protecteurs vis-à-vis des décès après la libération : contact avec le service social, le psychologue, l'éducateur, le médecin, réalisation d'un stage de préparation à la sortie (Quartiers intermédiaires sortants [QIS]).

Seul le premier objectif a pu être complètement réalisé pour des raisons qui sont expliquées et discutées dans ce rapport.

2 Population et méthodes

L'étude a été réalisée selon un protocole soumis et approuvé lors de l'appel d'offre de l'OFDT de 1999. Une étude de cohorte rétrospective a été mise en place à partir de la population des sortants de la maison d'arrêt de Fresnes¹ (région parisienne). Cet établissement est le premier ayant mis en place un Quartier Intermédiaire Sortant en 1992. La population carcérale de la maison d'arrêt de Fresnes était constituée de 2 220 détenus au 1^{er} janvier 1998 dont 2 123 hommes (95,6 %) et 97 femmes (4,4 %) alors que sa capacité d'accueil est de 1 780 détenus, ce qui correspond à un établissement de taille importante. Entre le 1^{er} avril 1998 et le 1^{er} janvier 1999, 6 920 détenus ont été incarcérés dans cet établissement, dont 6 503 hommes (94 %) et 417 femmes (6 %).

2.1. Constitution de la cohorte

2.1.1. Critères d'inclusion

L'étude a été effectuée auprès des détenus libérés entre le 1^{er} janvier 1997 et le 31 décembre 1997. L'année 1997 a été choisie car elle correspond à la première année de la mise en place des traitements de substitution en prison.

2.1.2. Critères d'exclusion

Les détenus transférés durant l'année 1997 de la prison de Fresnes à un autre établissement n'ont pas été inclus dans l'étude.

2.1.3. Identification des sujets inclus dans la cohorte

Les données permettant d'identifier les détenus ont été obtenues à partir des **fiches d'écrou** du greffe de la maison d'arrêt. Si le détenu avait plusieurs fiches d'écrou correspondant à plusieurs incarcérations et sorties, seule la dernière fiche d'écrou relative à la dernière incarcération a été prise en compte. Les informations sur les détenus disponibles sur les fiches d'écrou et recueillies pour l'étude étaient :

- le nom ;
- le prénom ;
- la date et le lieu de naissance ;
- le numéro d'écrou ;
- la date d'incarcération ;
- la date de libération.

Une liste des détenus libérés en 1997 a ainsi été constituée. Cette liste a été constituée à partir d'une recherche manuelle, les **données** n'étant pas informatisées au moment de l'enquête, c'est-à-dire durant le premier trimestre 2001. Un numéro identifiant aléatoire a été attribué à chaque détenu sur cette liste initiale.

¹ Une maison d'arrêt est un établissement recevant les prévenus et les condamnés dont le reliquat de peine est inférieur ou égal à un an.

À partir de cette liste initiale, deux sous-cohortes ont été distinguées selon que les sujets étaient nés en France et dans les DOM ou qu'ils étaient nés à l'étranger ou dans les TOM.

Ceci était nécessaire pour la recherche du statut vital et des causes de décès, les procédures n'étant pas tout à fait les mêmes selon que la personne est née en France ou à l'étranger.

Il n'a pas été possible d'accéder au fichier du ministère de la Justice permettant de connaître le nombre et les dates des réincarcérations pour les prisonniers dans d'autres établissements.

2.2. Procédures de recherche du statut vital et des causes de décès

2.2.1. Préparation des fichiers

Le service du greffe et des fiches pénales a préparé un fichier pour chaque sous-cohorte comportant les informations suivantes : n° identifiant, nom, prénoms, date et lieu de naissance et sexe. Ces fichiers ont été adressés à l'INSEE via l'INSERM à l'aide de disquettes protégées par mot de passe pour retrouver les personnes décédées ; une fois les personnes décédées identifiées, l'INSERM a complété les informations concernant les causes de décès.

2.2.2. Recueil de données sur le statut vital et les causes de décès

L'accès aux données relatives au décès des personnes inscrites au Répertoire National d'Identification des Personnes Physiques (RNIPP) dans le cadre des recherches dans le domaine de la santé est autorisé et effectué suivant le décret n° 98-37 du 16 janvier 1998.

La demande a été effectuée auprès de l'unité 472-CRI-IFR69 de l'INSERM et précédée par l'envoi d'une copie certifiée conforme de l'autorisation délivrée par la CNIL à l'INSERM U 472. Deux demandes séparées ont été effectuées :

- une pour les sortants nés en France et dans les DOM,
- une pour les sortants nés à l'étranger et dans les TOM.

Les fichiers contenaient les informations suivantes :

- un numéro d'enregistrement à 9 chiffres ;
- le numéro identifiant ;
- le nom patronymique ;
- le prénom ;
- la date de naissance ;
- le code lieu de naissance ;
- la commune de naissance ;
- DOM ou pays de naissance ;
- le sexe.

Cette liste a été préparée par le Greffe, saisie dans un fichier informatique et transmise à l'INSERM. L'INSERM a transmis les fichiers à l'INSEE par réseau télématique. L'INSEE a complété le fichier concernant les informations relatives au statut vital extraites du RNIPP.

Les fichiers ont ensuite été transmis de l'INSEE à l'unité 472-CRI-IFR69 de l'INSERM par réseau télématique ; celle-ci a transmis au Service Commun 8 de l'INSERM le fichier rendu anonyme pour compléter les causes de décès.

Les causes de décès pour les sujets de la cohorte sont recherchées dans le fichier national des causes de décès (SC8-INSERM) par appariement sur le sexe, la date de naissance, la date de décès et le lieu de décès (département et commune). Le programme informatique utilisé prend en compte des divergences sur le jour de naissance ou le jour de décès mais pas sur les deux simultanément. Les données suivantes ont été transmises à l'ORS PACA :

- cause initiale (principale) du décès : maladie ou traumatisme étant à l'origine de la séquence des événements morbides ayant entraîné la mort ;
- la cause immédiate du décès : maladie terminale, traumatisme ou complication ayant directement entraîné la mort ;
- causes associées : états morbides, facteurs ou états physiologiques ayant contribué au décès, mais sans être directement à l'origine de la cause initiale ;
- mois et année de décès et identifiant.

Les causes de décès étaient codées selon la Classification internationale des maladies 9 (CIM9).

Le statut vital a été recherché entre janvier 1997 et avril 2001 pour les sortants nés en France ou dans les DOM et juin 2001 pour ceux nés à l'étranger ou dans les TOM. Les causes des décès identifiés ont été obtenues de l'INSERM pour la période 1997-1998, un délai de trois ans environ étant nécessaire pour constituer le fichier des causes de décès pour une année donnée.

Pour les décès de cause inconnue, une démarche a été entreprise par la MILDT auprès du Procureur de Paris pour obtenir l'autorisation que l'IML de Paris fournisse l'information sur les causes de décès pour les cas autopsiés dans son établissement.

2.3. Étude descriptive de la mortalité des sortants

2.3.1. *Choix de la population de référence*

Les Ratios Standardisés de Mortalité (SMR) concernant les sortants de prison ont été estimés pour les décès survenus dans l'année suivant la libération de chaque détenu. Deux types de comparaisons ont été effectués : l'une avec la population générale et l'autre avec la catégorie des ouvriers-employés.

En effet, les caractéristiques sociodémographiques des détenus diffèrent de celles de la population générale. Une étude effectuée par l'INSEE sur 1 700 détenus en France, dans le cadre du recensement de la population en 1999 a montré que la majorité (61,6 %) des prisonniers appartient à la catégorie sociale des « ouvriers-employés » avant leur incarcération. Ce pourcentage est plus élevé que pour la population générale (47,7 %, **tableau 1**). Par ailleurs, la mortalité varie en fonction des caractéristiques sociodémographiques : les ouvriers et employés ont une mortalité plus importante que celle des autres catégories sociales actives (Jouglà, 2000).

Ne disposant pas d'informations individuelles sur la catégorie socioprofessionnelle des détenus inclus dans la cohorte, il n'était pas possible de standardiser sur cette variable dans l'analyse. Deux populations de référence ont ainsi été retenues :

- la population générale, classe d'âges 15 - 84 ans,
- la catégorie « ouvriers-employés », classe d'âges 20-54 ans : pour les décès survenus au moment de la retraite, l'ancienne profession est souvent inconnue au niveau des certificats de décès ; il est ainsi préférable de se limiter à la classe d'âges 20-54 ans. Les catégories ouvriers et employés ont été regroupées car leurs espérances de vie sont similaires ; de plus, la déclaration des professions au moment du décès est imprécise et ces deux catégories sont parfois confondues lors de la déclaration à l'état civil.

Tableau 1 : *Caractéristiques socioprofessionnelles d'un échantillon « France entière » de détenus avant leur incarcération (Kensey, 2000)*

	Détenus (%)	Population générale (%)
Artisans		
commerçants	10,9	7,9
Ouvriers	49,8	36,4
Employés	11,8	11,3
Professions intermédiaires	9,6	17,8
Agriculteurs	0,9	4,4
Cadres supérieurs	3,3	13,2
Sans profession	13,7	9,0

2.3.2 Analyse statistique

Des tests du chi-2 et des tests non paramétriques ont été utilisés dans la comparaison des différents groupes. Des SMR ont été calculés par la méthode de standardisation indirecte pour 3 classes d'âges (les 15-34, 35-54 et 54-84 ans), pour toutes les causes de décès confondues et pour chaque cause de décès séparément. Le degré de signification statistique et les intervalles de confiance ont été calculés en utilisant une loi de Poisson. Ces calculs ont été effectués à l'aide du logiciel STATA.

2.4. Étude cas-témoins dans la cohorte

Pour étudier les facteurs associés à la mortalité des sortants, le protocole initial prévoyait une étude cas-témoins dans la cohorte, les cas étant constitués par les décès observés dans celle-ci et les témoins étant les sujets non décédés.

2.4.1. Nombre de sujets nécessaires

Étant donné le peu d'études réalisées sur la mortalité suite à une incarcération, l'évaluation du nombre de décès attendus dans la population de l'étude était basée sur :

- les taux de mortalité de l'étude anglaise réalisée par Seaman² (10 % de décédés chez les toxicomanes durant l'année suivant la libération) ;
- la proportion de toxicomanes en milieu carcéral estimée à 22 %³ ;
- le flux de sortants de la maison d'arrêt de Fresnes évalué à 6 000 personnes, dont 1 320 toxicomanes : ainsi il avait été estimé que parmi 1 320 détenus toxicomanes sortis de la maison d'arrêt de Fresnes au cours de la période comprise entre le 25 mai 1997 et le 25 mai 1998, 10 % seraient décédés durant l'année suivant leur libération.
- le taux de mortalité dans la population adulte, évalué en 1998 à 9,2 pour mille ; compte tenu des conditions de vie des détenus, l'hypothèse d'un taux de mortalité de 1 % parmi les détenus libérés non toxicomanes a été faite.

Au total, le nombre de ces décès dans la population de l'étude (toxicomane et non toxicomane) avait été estimé à 180. Il était ainsi prévu d'inclure 360 témoins sélectionnés au hasard parmi les sortants non-décédés en estimant à 20 % la prévalence de la toxico-dépendance dans la population sortante afin de mettre en évidence un odds ratio (OR) de 2 (avec une puissance de 0,8 et un risque de première espèce de 0,05).

Le nombre de décès observés étant plus faible (voir chapitre « Résultats »), le nombre de témoins par cas a été révisé. En faisant la même hypothèse concernant la prévalence de la toxicomanie parmi les détenus et en tenant compte du nombre de décès observés⁴ (n=40 parmi les sujets nés en France), il serait possible de mettre en évidence un OR de l'ordre de 3 en prenant 10 témoins par cas (avec $\alpha = 0,8$ et $\beta = 0,05$, test bilatéral).

² SEAMAN (SR.), BRETTLE (RP.), GORE (SM.), *Mortality from overdose among injecting drug users recently released from prison: database linkage study*. Brit Med (J.), 316(7129):426-8, 1998 Feb 7.

³ Rotily (M.), Weilandt (C.), Dos Santos Pardal (M.), Hariga (F.), Iandolo (E.), Kall (K.), Munariz (J.), avec le réseau européen de prévention de l'infection et des hépatites virales en milieu carcéral. *Facteurs de risques liés à l'injection de drogues en milieu carcéral : une enquête européenne*. Les délinquants usager de drogues en prison et après libération. p. 157-184, mars 2000.

⁴ Compte tenu du nombre relativement faible de décès observés pour réaliser une étude cas-témoins, le calcul de puissance a été effectué sur les 40 cas de décès survenus pendant la période 1997-1998. Ce calcul a été réalisé avant d'avoir obtenu l'information selon laquelle 15 des personnes décédées avaient été transférées à Fresnes pour raison médicale.

2.4.2. Sélection des témoins

Parmi les causes de décès observées, il existait un nombre important de causes dont l'incidence est liée à l'âge (par ex. cancers, cf. chapitre Résultats) : il était ainsi justifié d'apparier les témoins sur l'âge (5 ans).

Les témoins ont été tirés au sort dans la cohorte de la façon suivante : pour chaque cas de décès, tous les individus non décédés ayant le même âge que le cas plus ou moins 5 ans à la date de décès du cas, ont été sélectionnés dans la cohorte. Parmi eux, 10 individus ont été tirés au sort. Cette procédure a été réitérée pour les 40 cas décédés en 1997-1998.

2.4.3. Recueil des informations sur les facteurs de risques

À partir du fichier anonyme obtenu de l'INSERM et de l'INSEE, l'ORS a extrait les numéros identifiants correspondant aux cas et aux témoins de l'étude. Ces numéros ont été adressés au SMPR, au QIS et à l'antenne toxicomanie pour obtenir les informations relatives à la toxicomanie, à la dépendance, au statut vis-à-vis du VIH, du VHB et du VHC ainsi que les informations concernant le soutien médico-social et le passage ou non par le QIS. Le personnel du SMPR, du QIS et de l'antenne toxicomanie ne disposait pas de l'information concernant le statut vital des détenus. L'identifiant a permis de relier les informations individuelles transmises par le SMPR et le QIS aux cas et aux témoins. L'échange de fichiers a été effectué par disquettes protégées par mot de passe.

3 Résultats

3.1. Description de la population

3.1.0. Données fournies par le greffe de la prison de Fresnes

Des données ont été recueillies pour 3 098 détenus libérés entre le 1^{er} janvier 1997 et le 31 décembre 1997 de la maison d'arrêt de Fresnes (**tableau 2**) dont 1 439 (46,4 %) sortants nés en France ou dans les DOM et 1 659 (53,6 %) sortants nés à l'étranger ou dans les TOM.

Ces fichiers comportaient l'âge, le sexe et la zone géographique de naissance des sortants ainsi que la date d'écrou à Fresnes (si le détenu avait été incarcéré dans un autre établissement avant d'être transféré à Fresnes), la date de libération et celle de remise sous escorte (information uniquement pour les personnes de nationalité étrangère). Dans le cas des détenus transférés, aucune information sur le lieu d'écrou initial n'était disponible.

Les femmes ne représentaient respectivement que 4,5 % et 5 % des deux sous-cohortes (**tableau 2**). Cinq cent quatre-vingt-dix détenus (19 %) avaient été transférés d'un autre établissement pénitentiaire à la prison de Fresnes. La durée totale moyenne d'incarcération (prenant en compte l'incarcération à Fresnes et celle dans le précédent établissement le cas échéant) était nettement plus importante pour les détenus transférés (12,7 mois) que pour l'ensemble des détenus inclus dans les deux sous-cohortes (5,6 mois).

Tableau 2 : Descriptif des données fournies par le greffe

	Nés en France n=1439 (46,4 %)	Nés à l'étranger n= 1 659 (53,6 %)	Total n=3 098
Sexe (%)			
<i>Hommes</i>	1 363 (95,0)	1 585 (95,5)	2 948 (95,2)
<i>Femmes</i>	76 (5,0)	74 (4,5)	150 (4,8)
Durée moyenne de l'incarcération (mois)*	6,5	4,9	5,6
Durée moyenne de l'incarcération à Fresnes (en mois)	4,5	3,7	4,1
Effectif des détenus transférés d'un autre établissement à Fresnes	380 (26,4)	211 (12,7)	590 (19,0)
Durée moyenne de la peine avant le transfert (en mois)	7,9	9,2	8,3
Durée moyenne de la peine à Fresnes des « transférés » (en mois)	4,4	4,5	4,4
Durée totale de la peine des « transférés » (en mois)	12,3	13,5	12,7

* Elle prend en compte la totalité du séjour en prison, lorsque les sujets ont été transférés d'un premier établissement à la prison de Fresnes.

3.1.1. Statuts vitaux et causes de décès

Personnes nées en France où dans les DOM

L'INSEE a pu identifier 1 247 individus (86,7 %) sur les 1 439 sortants nés en France ou dans les DOM. Des divergences sont apparues entre le fichier fourni par le greffe et celui fourni par l'INSEE concernant les données permettant d'identifier les individus. Ces incohérences peuvent provenir de la déclaration d'identité au greffe, semble-t-il, non systématiquement vérifiée. Pour la plupart, ces divergences étaient légères et permettaient d'identifier l'individu.

Parmi les sujets dont le statut vital a pu être déterminé, **73 décès ont été identifiés sur la période 1997-2001** (date de point : avril 2001). Cependant les dates de décès de 2 individus étant antérieures aux dates d'incarcération (vraisemblablement du fait d'erreurs d'identification), ceux-ci ont été exclus dans la suite des analyses, ce qui ramène le nombre de décès à 71.

La base de travail comporte ainsi 1 245 sortants nés en France ou dans les DOM, dont 1 177 hommes (94,5 %) et 68 femmes (5,5 %), (**tableau 3**). Les résultats qui suivent sont présentés séparément chez les hommes et les femmes.

Chez les détenus de sexe féminin, un seul décès a été enregistré (**tableau 3**) ; il s'est produit au cours de l'année 2000, soit un taux brut de mortalité de 1,5 % (IC95 % = 0,1 – 7,0) pour la période entre la sortie et la date de point. La durée médiane de l'incarcération était de 4,1 mois. La durée médiane d'incarcération était significativement plus importante pour les détenues transférées, quels que soient les motifs de transfert, que pour les autres détenues (**tableau 4**).

Chez les détenus de sexe masculin, 35 décès sont survenus dans l'année suivant la libération (Tableau 3), soit un taux brut de mortalité de 3 % sur un an (IC95% = 2,1 – 4,1). Parmi ces 35 décès, 18 concernent des prisonniers ayant été écroués dans un autre établissement avant d'être transférés à Fresnes dont 14 pour des raisons médicales. **Si l'on exclut les décès survenus chez des sujets transférés pour cause médicale, il reste 21 décès** et le taux brut de mortalité est 1,8 % sur un an (IC95 % = 1,1 – 2,7). C'est sur ces décès que les comparaisons ont été effectuées.

L'âge moyen des détenus masculins en 1997 était de 32,9 ans. Chez les décédés dans l'année suivant la sortie en 1997, la moyenne d'âge était significativement plus élevée pour l'ensemble des 35 décès (40,8 ans, $p < 10^{-3}$) et pour les 21 décès après exclusion des décès survenus chez des sortants transférés pour raison médicale (38,2 ans, $p < 10^{-3}$).

La durée moyenne d'incarcération était plus élevée pour les 35 sujets décédés par rapport à l'ensemble de la cohorte ($p = 0,4$; **tableau 3**). Par contre, lorsque les 14 sujets transférés pour raison médicale étaient exclus, les durées d'incarcération n'étaient pas significativement différentes.

Par ailleurs, la distribution des âges chez les détenus de sexe masculin était similaire chez les détenus non transférés et ceux ayant été transférés, quels que soient les motifs de leur transfert (**tableau 4**). Par contre les détenus transférés avaient effectué des peines significativement plus longues que les détenus non transférés ($p < 10^{-3}$, **tableau 4**).

Tableau 3 : Caractéristiques des personnes nées en France ou dans les DOM identifiées par l'INSEE (n=1245)

	Décès dans l'année suivant la libération (%)	Décès dans l'année transferts médicaux exclus (%)	Décès plus d'un an après la libération*	Sujets vivants à la date de point* (%)	Total (%)
Hommes					
Effectifs	35	21	35	1170	1 177 (94,5)
Taux brut de mortalité sur un an	3,0	1,8	3,0	--	--
Age					
< 35 ans	10 (28,6)	9 (42,9)	14 (40,0)	730 (66,0)	754 (64,1)
35 – 54 ans	21 (60,0)	10 (47,6)	14 (40,0)	338 (30,5)	373 (31,7)
> 54 ans	4 (11,4)	2 (9,5)	7 (20,0)	39 (3,5)	50 (4,2)
Durée médiane d'incarcération en mois [interquartiles]	4,2 [1,0 – 17,2]	3,6 [0,7 – 7,7]	3,1 [1,0 – 7,0]	3,4 [1,5 – 7,7]	3,4 [1,5 – 7,7]
Femmes					
Effectifs	0		1	67	68 (4,5)
Taux brut de mortalité sur un an	0,0		1,5	--	--
Age					
< 35 ans			1 (100)	52 (77,6)	53 (77,9)
35 – 54 ans				13 (19,4)	13 (19,1)
> 54 ans				2 (3,0)	2 (2,9)
Durée médiane de l'incarcération en mois [interquartiles]			5,7	3,8 [2,5 – 9,2]	4,1 [2,5 – 9,1]

* Date de point : avril 2001

Tableau 4 : Âge et durée de la peine en fonction du transfert chez les hommes et les femmes nés en France ou dans les DOM (n=1245)

	Transférés*	Non transférés	p
Hommes	n= 299 (25,4)	n=878 (74,6)	
Age			0,4**
< 35 ans	194 (64,9)	560 (63,8)	
35 – 54 ans	89 (29,8)	284 (32,3)	
> 54 ans	16 (5,4)	34 (3,9)	
Durée médiane de la peine [interquartiles]	7,9 [4,1 – 16,8]	2,5 [1,2 – 5,3]	0,000***
Femmes	n= 33 (48,5)	n= 35 (51,5)	
Age			0,9**
< 35 ans	26 (78,8)	27 (71,1)	
35 – 54 ans	6 (18,2)	7 (20,0)	
> 54 ans	1 (3,0)	1 (2,9)	
Durée médiane de la peine [interquartiles]	6,1 [3,6 – 11,3]	3,0 [0,9 – 7,4]	0,000***

* Tous motifs de transfert confondus ; les raisons de transferts autres que médicales sont : mesure ordre sécurité / désencombrement, mesure ordre sécurité / jugement, rapprochement familial, psychiatrie, passage en transit par Fresnes, Centre national d'orientation, réduction semi-liberté, incarcération définitive à Fresnes, fin de peine.

** Test du Chi-2.

*** Test non paramétrique.

Causes de décès chez les détenus masculins

Les causes de décès n'ont pu être obtenues que pour les décès survenus en 1997 et en 1998, c'est-à-dire chez les détenus de sexe masculin uniquement. Elles ont été regroupées suivant la liste simplifiée S9 de la CIM9 (voir annexe « liste simplifiée S9 »), en gardant les causes détaillées pour le SIDA/VIH, la pharmacodépendance et le suicide.

Pour les détenus de sexe masculin non transférés pour raison médicale, la cause de 9 décès (42,9 %) était inconnue mais elle a pu être obtenue à partir de l'Institut Médico-Légal de Paris. Les morts violentes et les overdoses représentaient les causes les plus fréquentes (**tableau 5**). Venaient ensuite les maladies de l'appareil circulatoire et la cirrhose alcoolique du foie. Chez les détenus transférés pour raison médicale à Fresnes, la majorité des décès était liée à des tumeurs (8 sur 14 décès). Parmi ces détenus transférés, on note aussi 2 décès par SIDA/VIH.

La majorité des 21 décès (non transférés pour raison médicale) s'est produite avant l'âge de 50 ans (80,9 %, **tableau 6**). Les sortants décédés par overdose avaient un âge compris entre 25 et 39 ans. Pour les détenus transférés pour raison médicale, les sortants décédés par tumeur avaient en moyenne 50 ans au moment du décès (min=41, max=65). Mais 10 (71,4 %) ont été observés avant l'âge de 50 ans.

Le lieu de décès était la région parisienne pour la majorité des décès observés dans cette étude (71,4 %), (**figure 1**). Concernant les causes initialement inconnues, 8 sur 9 décès ont été enregistrés dans la région Ile-de-France. Concernant les décès survenus en dehors de l'Ile-de-France, la majorité (55,6 %) correspondait à des détenus qui avaient été transférés pour raison médicale.

La répartition des décès en fonction du délai après la sortie est présentée au tableau 7 pour les 21 décès survenus chez les détenus non transférés pour raison médicale. Les décès survenus moins de 15 jours après la sortie concernent uniquement les détenus qui avaient été transférés pour raison médicale (2 décès par tumeur et 1 par cirrhose alcoolique du foie). Huit décès sont survenus entre quinze jours et trois mois après la sortie : 1 par tumeur, 1 par maladie du système circulatoire, 1 par suicide et 5 d'origine inconnue. Les autres décès sont survenus entre 3 mois et 1 an. Parmi eux, on compte notamment les décès dus à des overdoses.

Tableau 5 : *Effectif (pourcentage) de décès dans l'année ayant suivi la sortie de prison en fonction des causes pour les personnes nées en France*

Causes	Transférés pour raison médicale	Autres décès*	Total
	(%)**	(%)**	
SIDA/VIH	2 (14,3)	1 (4,8)	3 (8,6)
Tumeurs	8 (57,1)	1 (4,8)	9 (25,7)
Pharmacodépendance (overdoses)	0 (0,0)	4 (19,0)	4 (11,4)
Maladies de l'appareil circulatoire	1 (7,1)	3 (14,3)	4 (11,4)
Maladie de l'appareil respiratoire	0 (0,0)	1 (4,8)	1 (2,9)
Cirrhose alcoolique du foie	1 (7,1)	3 (14,2)	4 (11,4)
Symptômes, signes et états mal définis	0 (0,0)	1 (4,8)	1 (2,9)
Causes extérieures de traumatismes et empoisonnements hors suicides	1 (7,1)	5 (23,8)	6 (17,1)
Suicides	1 (7,1)	2 (9,5)	3 (8,6)
Total	14 (40,0)***	21 (60,0)***	35

* *Exclusion des transférés pour cause médicale*

** *Pourcentages en colonne*

*** *Pourcentages en ligne*

Tableau 6 : Distribution des décès en fonction de l'âge au décès (n=35)

Catégorie d'âge (ans)	Transférés pour raison médicale n=14		Non transférés ou transférés pour autres raisons n=21	
	Overdose	Autre cause	Overdose	Autre cause
< 20				
20 à 24				2
25 à 29			1	2
30 à 34		1	2	2
35 à 39		4	1	2
40 à 44		2		3
45 à 49		3		2
50 à 54		2		2
55 à 59		1		1
60 à 64				
65 à 79		1		1
70 +				

Figure 1 : Répartition géographique des décès dans la période 1997-1998 (n = 35 décès)

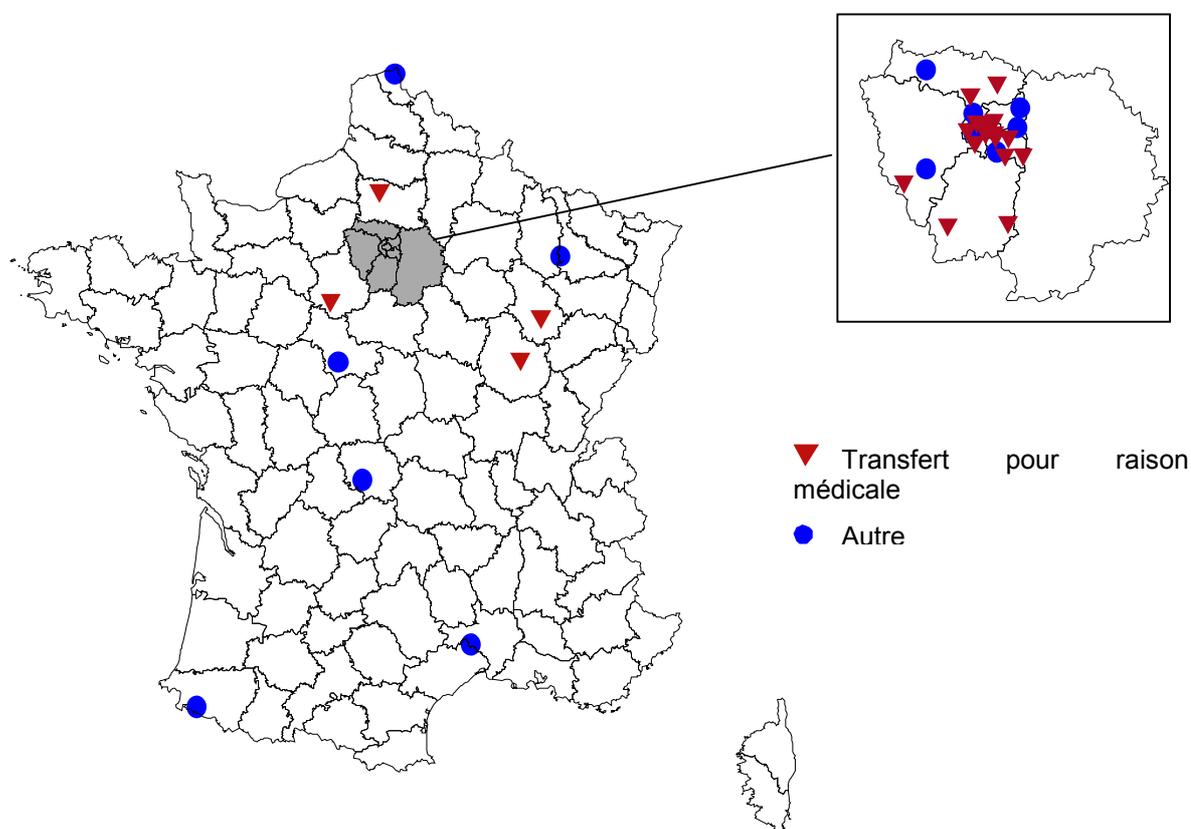


Tableau 7 : Répartition des décès (transférés pour raison médicale exclus) en fonction de l'âge au décès et du délai entre la libération et le décès (n = 21)

	< 35 ans	35 – 54 ans	55 – 84 ans	Total
Délai : 15 jours - 3 mois (n=8)				
SIDA / VIH				
Tumeurs			1	1
Pharmacodépendances	1			1
Maladies du système circulatoire	2			2
Maladie de l'appareil respiratoire	1			1
Cirrhoses alcooliques du foie				
Symptômes, causes et états mal définis		1		1
Causes extérieures de traumatisme et empoisonnement (hors suicide)				
Suicides		2		2
<hr/>				
Délai : 3 mois – 1 an (n=13)				
SIDA / VIH	1			1
Tumeurs				
Pharmacodépendances	2	1		3
Maladies du système circulatoire		1		1
Maladie de l'appareil respiratoire				
Cirrhoses alcooliques du foie		2	1	3
Symptômes, causes et états mal définis	1			1
Causes extérieures de traumatisme et empoisonnement (hors suicide)	1	3		4
Suicides				

3.1.2. Personnes nées à l'étranger ou dans les TOM

Sur les 1659 sortants nés à l'étranger ou dans les TOM, 1 007 ont été identifiés par l'INSEE (60,7 %). Mais seuls 20 % des sujets inclus dans la cohorte ont été identifiés sans divergence d'état civil. Pour la plupart, ces divergences étaient légères et permettaient d'identifier l'individu. Ce sont principalement les personnes nées en Afrique pour lesquelles l'identification par l'INSEE n'a pu être effectuée (**tableau 8**).

Tableau 8 : Répartition des pays d'origine en fonction de la réponse (certifiée ou non) de L'INSEE (n = 1 659)

Pays de naissance	Identifiés par l'INSEE*	Non identifiés*	Total*
Maghreb	512 (50,8 %)	177 (27,1%)	689 (41,5%)
Afrique	243 (24,1%)	295 (45,2%)	538 (32,4%)
Europe	115 (11,4%)	69 (10,6%)	184 (11,1%)
Autres	137 (13,6%)	101 (15,5%)	238 (14,3%)
Inconnu	0 (0,0%)	10 (1,5%)	10 (0,6%)
Total	1 007 (60,7%)	652 (39,3%)	1 659

* pourcentages en colonnes

Au total, 20 décès ont été enregistrés sur la période 1997-2000 (date de point : juin 2001). Mais les dates de décès de 9 individus sont antérieures à leur incarcération (entre 1978 et 1996). Il est vraisemblable que ces incohérences dans les données proviennent de la déclaration d'identité au greffe. Ces individus ont été exclus des analyses qui suivent.

La base de travail comprend donc 998 sortants nés à l'étranger ou dans les TOM parmi lesquels 11 sont décédés sur la période 1997-2001 (**tableau 9**). Parmi eux, 6 décès ont été identifiés dans l'année suivant la libération dont 1 chez une femme, soit un taux brut de mortalité de 0,6 % (IC95 % = 0,2 – 1,3) chez les hommes et de 0,9 % (IC95 % = 0,04 – 4,2) chez les femmes. Par comparaison avec la cohorte des sortants nés en France, il y a manifestement sous-identification des décès.

L'âge moyen en 1997 des sortants nés à l'étranger ou dans les TOM était de 34,2 ans. Il était plus élevé chez les sortants décédés dans l'année suivant la libération (âge moyen de 41,5 ans, p = 0,1) et chez les décédés dans la période de plus d'un an suivant l'incarcération (âge moyen de 49,2 ans, p= 0,003).

Comme pour la cohorte des sortants nés en France, les causes de décès ont été regroupées selon la liste simplifiée S9 en détaillant pour le VIH/SIDA, la pharmacodépendance, les cirrhoses alcooliques du foie et les suicides.

Chez les détenus nés à l'étranger et de sexe masculin, les 2 principales causes répertoriées sont les maladies du système circulatoire et les morts violentes hors suicides (**tableau 10**). La cause du décès chez la femme était une tumeur.

Tableau 9 : *Caractéristiques des personnes nées à l'étranger ou dans les TOM identifiées par l'INSEE (n = 998)*

	Décédés dans l'année suivant la libération n=6	Décédés plus d'un an après la libération* n=5	Sujets vivants à la date de point* n=987	Total n=998
Hommes				
Effectifs	5	5	873	883 (89,4)
Age				
< 35 ans	2 (40,0)		508 (58,2)	510 (57,8)
35 – 54 ans	2 (40,0)	4 (80,0)	336 (38,5)	342 (38,7)
> 54 ans	1 (20,0)	1 (20,0)	29 (3,2)	31 (3,5)
Durée totale de l'incarcération (médiane, interquartiles)	2,0 [0,7 – 32,0]	4,1 [3,1 – 14,8]	2,6 [1,3 – 6,0]	2,6 [1,3 – 6,1]
Avoir été transféré				
<i>Oui</i>	1 (20,0)		134 (15,3)	135 (15,3)
<i>Non</i>	4 (80,0)	5 (100,0)	739 (84,7)	748 (84,7)
<hr style="border-top: 1px dashed black;"/>				
Femmes				
Effectifs	1	0	114	115 (10,6)
Age				
< 35 ans			77 (67,5)	77 (67,0)
35 – 54 ans	1 (100,0)		35 (30,7)	36 (31,3)
> 54 ans			2 (1,8)	2 (1,7)
Durée totale de l'incarcération (moyenne, écart type)	4,5		3,0 [1,5 – 6,0]	3,1 [1,5 – 5,9]
Avoir été transféré				
<i>Oui</i>			26 (22,8)	26 (22,6)
<i>Non</i>	1 (100,0)		88 (77,2)	89 (77,4)

* Date de point : juin 2001

Tableau 10 : Répartition des décès par causes pour les personnes de sexe masculin nées à l'étranger (n = 5)

Causes	Effectifs	Pourcentage
Tumeurs	1	20,0
Maladies de l'appareil circulatoire	2	40,0
Causes extérieures de traumatismes et empoisonnements hors suicides	2	40,0
Total*	5	100,0

* Parmi les 6 décès identifiés par l'INSEE entre 1997 et 1998 chez des détenus masculins nés à l'étranger, la cause de décès d'un détenu n'a pas pu être certifiée par l'INSERM : il a donc été exclu.

3.2. Analyse descriptive des taux de mortalité

3.2.1. Échantillon de décès inclus dans l'analyse descriptive

Du fait du fort taux de perdus de vue et de la vraisemblable sous-identification des décès des personnes nées à l'étranger, les analyses qui suivent sont restreintes à la cohorte des personnes nées en France. De plus, cette analyse a été effectuée uniquement chez les hommes, aucun décès n'ayant été observé dans la période suivant la libération chez les femmes nées en France (**tableau 2**).

Les décès observés chez des prisonniers transférés pour raison médicale à l'hôpital de Fresnes n'ont pas été inclus dans l'analyse comparative pour éviter un biais de sélection. L'inverse aurait conduit à une surestimation de la mortalité chez les sortants de la prison de Fresnes. L'analyse des SMR a ainsi été effectuée sur 21 cas et non 35.

Les comparaisons aux ouvriers-employés étant effectuées sur la tranche d'âge 20-54 ans, 2 cas de décès supplémentaires ont été exclus ; les comparaisons portent ainsi sur 19 cas (tableau 6**).**

3.2.2. Résultats

Tous âges et toutes causes confondues, une surmortalité a été observée chez les ex-prisonniers (SMR = 321,3 ; IC95 % = 199 – 491) par rapport à la population générale.

Lorsque les analyses étaient effectuées séparément dans les différentes catégories d'âges, une surmortalité n'était pas observée chez les sortants âgés de 55 ans ou plus chez lesquels 2 décès ont été observés (SMR = 95,3 ; IC95 % = 12 – 314). Le SMR toutes causes confondues était le plus élevé pour les 15-35 ans (SMR = 503,4 ; IC95 % = 230 – 956, (**tableau 10**).

Pour la suite, les résultats détaillés sont présentés pour les 15-54 ans uniquement. Les analyses ont été effectuées séparément pour chaque cause et en regroupant les causes autres que les overdoses.

Pour la tranche d'âges des 15-34 ans, des SMR très significativement augmentés ont été observés pour les décès par pharmacodépendance, ceux par maladie du système circulatoire et les décès de cause inconnue (**tableau 11**). **Le risque de décès par overdose était multiplié par plus de 120 par rapport à la population générale française.** Le SMR, toutes causes confondues à l'exclusion des overdoses, était aussi significativement augmenté, égal à 340 (**tableau 11**).

Pour la tranche d'âges des 35-54 ans, des SMR très significativement augmentés ont été observés pour les décès par pharmacodépendance, ceux par mort violente (hors suicides) et ceux par cirrhose alcoolique du foie (**tableau 11**). **Le risque de décès par overdose était multiplié par plus de 270 par rapport à la population générale française, mais l'intervalle de confiance était très large. Les décès de cause inconnue représentaient un peu moins de la moitié de la totalité des décès observés dans cette tranche d'âge (4 décès sur 10).**

Le SMR toutes causes confondues à l'exclusion des overdoses, était aussi significativement augmenté, identique à celui de la tranche d'âge précédente (**tableau 11**).

Les analyses par comparaison aux ouvriers ont montré des résultats similaires aux analyses par comparaison à la population générale (**tableau 12**). Les SMR pour la pharmacodépendance étaient encore plus importants.

Tableau 11 : Comparaison de la mortalité dans l'année qui suit la libération des sortants de prison (n=1177) en excluant les transférés pour l'hôpital de Fresnes, avec la population générale française des hommes âgés entre 15 et 85 ans

	15 – 34 ans			35 – 54 ans			15 – 54 ans		
	Obs	SMR	IC 95 %	Obs	SMR	IC 95 %	Obs	SMR	IC 95 %
SIDA / VIH	1	1830,2	[46 – 10197]	0			1	895,7	[23 – 4990]
Tumeurs	0			0			0		
Pharmacodépendances	3	12414,3 ***	[2561 – 36272]	1	27424,2 **	[694 – 152797]	4	14382,3 ***	[3919 – 36819]
Maladies du système circulatoire	2	2209,4 **	[268 – 7977]	1	251,7	[6 – 1402]	3	614,9 *	[127 – 1797]
Maladies du système respiratoire	1	3705,0	[94 – 20643]	0			1	1143,5	[29 – 6371]
Cirrhoses alcooliques du foie	0			2	1404,7 *	[170 – 5072]	3	1288,5 *	[156 – 4653]
Symptômes, causes et états mal définis	1	541,6	[14 – 3018]	0			1	262,6	[7 – 1463]
Causes extérieures de traumatisme et empoisonnement (hors suicide)	1	129,8	[3 – 723]	4	10984,4 **	[299 – 2812]	5	440,7 *	[143 – 1028]
Suicides	0			2	683,3	[83 – 2467]	2	311,1	[38 – 1123]
Total hors pharmacodépendance	6	340,2 *	[125 – 740]	9	340,1 **	[156 – 646]	15	340,1 ***	[190 – 561]
Total	9	503,4 ***	[230 – 956]	10	377,3 ***	[181 – 694]	19	428,1 ***	[258 – 669]

*** p < 0,001 ; ** p < 0,01 ; * p < 0,05

Tableau 12 : Comparaison de la mortalité dans l'année qui suit la libération des sortants de prison (n=1177) en excluant les transférés pour raison médicale, avec la population française des ouvriers-employés âgés entre 20 et 54 ans

	20 – 34 ans			35 – 54 ans			20 – 54 ans		
	Obs	SMR	IC 95 %	Obs	SMR	IC 95 %	Obs	SMR	IC 95 %
SIDA / VIH	1	2731,3	[69 – 15218]	0			1	1182,6	[30 – 6589]
Tumeurs	0			0			0		
Pharmacodépendances	3	22245,2 ***	[4588 – 64995]	1	32978,9 **	[835 – 183746]	4	24215,6 ***	[6599 – 61992]
Maladies du système circulatoire	2	2347,9 **	[285 – 8478]	1	250,9	[6 – 1398]	3	620,1 *	[128 – 1812]
Maladie de l'appareil respiratoire	1	5878,4 *	[149 – 32752]	0			1	1466,5	[37 – 8171]
Cirrhoses alcooliques du foie	0			2	1578,1 *	[191 – 5698]	2	1489,1 *	[181 – 5377]
Symptômes, causes et états mal définis	1	684,7	[17 – 3815]	0			1	323,3	[8 – 1802]
Causes extérieures de traumatisme et empoisonnement (hors suicide)	1	119,0	[3 – 663]	4	1157,2 ***	[315 – 2962]	5	421,5	[137 – 984]
Suicides	0			2	693,8	[84 – 2505]	2	324,7	[39 – 1173]
Total hors pharmacodépendance	6	364,5 *	[134 – 793]	9	346,5 **	[158 – 658]	15	353,5 ***	[198 – 583]
Total	9	542,3 ***	[248 – 1029]	10	384,5 ***	[184 – 707]	19	446,0 ***	[269 – 696]

*** p < 0,001 ; ** p < 0,01 ; * p < 0,05

3.3. Étude cas-témoins dans la cohorte

3.3.1. Description des données recueillies : des données incomplètes

Au total, 353 sortants ont été sélectionnés et les informations sur les facteurs étudiés ont été recherchées à la prison de Fresnes au SMPR, au QIS et, pour les motifs de transfert, au greffe.

Initialement, en l'absence d'information sur les motifs de transfert, l'étude cas-témoins devait inclure l'ensemble des cas. Mais, certains décès étant survenus chez des sujets transférés pour raison médicale, ces derniers et leurs témoins doivent être exclus des analyses pour éviter que les cas proviennent d'une population différente de celle des témoins. L'effectif final de l'étude est donc plus faible que les 353 sujets inclus initialement.

Toutefois les résultats descriptifs concernant les informations recueillies seront présentés ci-après pour l'ensemble des sujets inclus initialement dans l'étude cas-témoins car ils renseignent sur les informations qui peuvent être obtenues à partir des dossiers du SMPR et du QIS de la maison d'arrêt de Fresnes.

Tableau 13 : Récapitulatif (effectifs et pourcentages) des données recueillies pour les 353 sortants

	Cas	Témoins	Total (%)
Non retrouvés	23 (57,5)	180 (57,5)	203 (57,5)
SMPR	16 (40,0)	119 (38,0)	135 (38,2)
QIS		3 (1,0)	3 (0,8)
SMPR + QIS	1 (2,5)	11 (3,5)	12 (3,4)
Total	40	313	353

Ainsi, sur les 353 sortants sélectionnés (**tableau 13**), 150 (42,5 %) avaient un dossier SMPR ou un dossier QIS ou les deux, dont 17 cas (42,5 % des cas) et 133 témoins (42,5 % des témoins).

Quinze détenus avaient effectués un stage en QIS sur les 353 faisant partie de l'échantillon (4,3 %). Parmi eux, 3 n'avaient pas de dossier SMPR : pour ces sortants, les données sur les caractéristiques sociodémographiques et celles relatives à la santé et à la toxicomanie ne sont donc pas disponibles. Parmi les 15 détenus ayant effectué un stage QIS, 9 l'ont réalisé au cours de l'année 1997 et parmi eux, un décès a été observé.

Parmi les 353 sortants, 97 (27,5 %) provenaient d'un autre établissement avant d'être incarcérés à Fresnes. Parmi les 40 décédés entre 1997 et 1998, 15 (37,5 %) avaient été transférés à l'hôpital de Fresnes (**tableau 14**) pour raisons médicales, alors que chez les témoins, seuls 15 sujets (4,8 %) avaient été transférés pour ce même type de motif (**tableau 14**).

Tableau 14 : Motifs de transfert en fonction du statut vital (n=353)

	Décédés en 1997 ou 1998 n = 40	Témoins n = 313	Total n = 353	p
Avoir été transféré				<10 ⁻³
<i>Non</i>	19 (47,5)	237 (75,5)	256 (72,5)	
<i>Oui pour transfert à l'hôpital de Fresnes</i>	15 (37,5)	15 (4,8)	30 (8,5)	
<i>Oui pour d'autres raisons</i>	6 (15,0)	61 (19,5)	67 (19,0)	

L'information obtenue à partir des dossiers SMPR et de ceux de l'antenne toxicomanie est présentée du tableau 15 au tableau 19. En ce qui concerne les données socio-démographiques (**tableau 15**), l'information est très incomplète en dehors de la situation familiale qui est notée dans les dossiers dans 82,4 % des cas et pour 89,2 % des témoins.

Les données sont aussi très peu renseignées concernant le suivi antérieur par le secteur psychiatrie et les antécédents de soins (**tableau 16**) Concernant le statut virologique vis-à-vis du VIH, du VHB et du VHC, l'information n'était pas renseignée pour 87,1 à 98,0 % des individus.

La notion de toxicomanie actuelle ou antérieure était enregistrée dans 56 dossiers soit pour 23,5 % des cas et 23,1 % des témoins ayant un dossier au SMPR (**tableau 17**). Une toxicomanie antérieure à l'incarcération était notée chez 17,6 % des cas et chez 14,6 % des témoins ayant un dossier au SMPR.

Concernant les traitements de substitution en détention, 1 cas et 3 témoins recevaient de la méthadone et 3 témoins recevaient du Subutex®. Avant l'incarcération, les dossiers mentionnaient la prise de méthadone pour 1 cas et 2 témoins et pour le Subutex®, pour 1 cas et 4 témoins.

Pour tous ces facteurs, l'information n'était cependant pas notée de façon systématique dans la majorité des dossiers.

Pour les 56 personnes mentionnées comme toxicomanes à l'arrivée ou avant l'incarcération, l'information sur les antécédents, les modalités de prise, les traitements de substitution, le suivi n'était pas systématiquement notés (**tableau 18**) Les deux tiers environ des sujets correspondants étaient des héroïnomanes. Cependant, concernant la plupart des autres variables (mode d'utilisation, substitution à l'extérieur ou en détention), l'information n'était pas mentionnée dans la plupart des dossiers du SMPR. De même, les informations concernant les statuts sérologiques VIH, VHB, et VHC n'étaient pas renseignées respectivement pour 67,9 %, 94,6 % et 89,3 % des personnes identifiées comme toxicomanes.

Parmi les sortants identifiés comme toxicomanes, 7 sont décédés dans la période 1997-1998, dont 3 par mort violente et 1 par overdose (**tableau 19**).

Par ailleurs, 2 des 3 sortants décédés par pharmacodépendance n'étaient pas identifiés au SMPR ou au QIS.

Tableau 15 : Descriptif des données sociodémographiques recueillies au SMPR (n=147)

	Décédés au cours de 1997 ou 1998 n=17 (11,6)	Témoins n=130 (88,4)	Total n=147
Situation familiale			
<i>En couple</i>	3 (17,6)	38 (29,2)	41 (27,9)
<i>Seul</i>	11 (64,8)	78 (60,0)	89 (60,5)
<i>Sans information</i>	3 (17,6)	14 (10,8)	17 (11,6)
Mode de vie			
<i>Seul</i>	4 (23,5)	28 (21,6)	32 (21,8)
<i>En couple ou en famille</i>	8 (47,1)	51 (39,2)	59 (40,1)
<i>En collectivité ou sans information</i>	5 (29,4)	51 (39,2)	56 (38,1)
Activité professionnelle			
<i>Oui</i>	5 (29,4)	45 (34,6)	50 (34,0)
<i>Non</i>	3 (17,6)	41 (31,5)	44 (29,9)
<i>Sans information</i>	9 (53,0)	44 (33,6)	53 (36,1)
Activité professionnelle continue de plus de 2 ans dans les 5 dernières années			
<i>Oui</i>	1 (5,9)	24 (18,5)	25 (17,0)
<i>Non</i>	3 (17,6)	29 (22,3)	32 (21,8)
<i>Sans information</i>	13 (75,5)	77 (59,2)	90 (61,2)
Ressources			
<i>AAH</i>	0 (0,0)	5 (3,8)	5 (3,4)
<i>Pension d'invalidité</i>	1 (5,9)	3 (2,3)	4 (2,7)
<i>RMI</i>	1 (5,9)	11 (8,5)	12 (8,1)
<i>Salaire</i>	5 (29,4)	39 (30,0)	44 (29,9)
<i>Sans information</i>	10 (58,8)	72 (55,4)	82 (55,9)
Enfants à charge			
<i>Oui</i>	2 (11,8)	30 (23,1)	32 (21,8)
<i>Non</i>	2 (11,8)	14 (10,8)	16 (10,9)
<i>Sans information</i>	13 (75,5)	86 (66,1)	99 (67,3)
Domiciliation			
<i>Département 94</i>	4 (23,5)	28 (21,6)	32 (21,8)
<i>Région IDF hors 94</i>	2 (11,8)	26 (20,0)	28 (19,0)
<i>Hors région IDF</i>	1 (5,9)	13 (10,0)	14 (9,5)
<i>Sans information</i>	10 (58,8)	63 (48,4)	73 (49,7)
Logement			
<i>Stable</i>	1 (5,9)	7 (5,4)	8 (5,4)
<i>Précaire</i>	0 (0%)	1 (0,8)	1 (0,7)
<i>Sans domicile fixe</i>	1 (5,9)	13 (10,0)	14 (9,5)
<i>Sans information</i>	15 (88,2)	109 (83,8)	124 (84,4)

Tableau 16 : Descriptif des données de santé recueillies au SMPR (n = 147)

		Décédés au cours de 1997 ou 1998 n=17 (11,6)	Témoins n=130 (88,4)	Total n=147
Suivi antérieur par le secteur de psychiatrie				
	<i>Oui</i>	2 (11,8)	4 (3,1)	6 (4,1)
	<i>Non</i>	0 (0,0)	5 (3,8)	5 (3,4)
	<i>Sans information</i>	15 (88,2)	121 (93,1)	136 (92,5)
Hospitalisé en psychiatrie				
	<i>Oui</i>	3 (17,6)	14 (10,8)	17 (11,6)
	<i>Non</i>	0 (0,0)	4 (3,1)	4 (2,7)
	<i>Sans information</i>	14 (82,4)	112 (86,1)	126 (85,7)
Suivi en ambulatoire				
	<i>Oui</i>	0 (0,0)	2 (1,5)	2 (1,4)
	<i>Non</i>	0 (0,0)	2 (1,5)	3 (2,0)
	<i>Sans information</i>	17 (100,0)	125 (97,0)	142 (97,6)
Suivi par un SMPR				
	<i>Oui</i>	0 (0,0)	6 (4,6)	6 (4,1)
	<i>Non</i>	0 (0,0)	3 (2,3)	3 (2,0)
	<i>Sans information</i>	17 (100,0)	121 (93,1)	138 (93,9)
Suivi par le dispositif spécialisé de lutte contre la toxicomanie				
	<i>Oui</i>	0 (0,0)	1 (0,8)	1 (0,7)
	<i>Non</i>	0 (0,0)	2 (1,5)	2 (1,4)
	<i>Sans information</i>	17 (100,0)	127 (97,7)	144 (97,9)
Suivi par le dispositif spécialisé de lutte contre l'alcoolisme				
	<i>Oui</i>	0 (0,0)	2 (1,5)	2 (1,4)
	<i>Non</i>	0 (0,0)	3 (2,3)	3 (2,0)
	<i>Sans information</i>	17 (100,0)	125 (96,2)	142 (96,6)

Tableau 17 : Descriptif des données relatives à la toxicomanie recueillies au SMPR (n=147)

		Décédés au cours de 1997 ou 1998 n=17 (11,6)	Témoins n=130 (88,4)	Total n=147
Toxicomanie à l'arrivée				
	<i>Actuelle</i>	4 (23,5)	30 (23,1)	34 (23,1)
	<i>Antérieur</i>	3 (17,6)	19 (14,6)	22 (15,0)
	<i>Sans information</i>	10 (58,9)	81 (62,3)	91 (61,9)
Utilisation d'Héroïne avant l'incarcération				
	<i>Oui</i>	5 (29,4)	32 (24,6)	37 (25,2)
	<i>Non</i>	12 (70,6)	98 (75,4)	110 (74,8)
Utilisation de Cocaïne avant l'incarcération				
	<i>Oui</i>	3 (17,6)	15 (11,5)	18 (12,2)
	<i>Non</i>	14 (82,4)	115 (88,5)	129 (87,8)
Utilisation en voie intraveineuse				
	<i>Oui à l'arrivée</i>	3 (17,6)	9 (6,9)	12 (8,2)
	<i>Autre</i>	14 (82,4)	121 (93,1)	135 (91,8)
Prenait à l'extérieur des produits de substitution (méthadone ou Subutex®)				
	<i>Oui</i>	1 (5,9)	6 (4,6)	7 (4,8)
	<i>Non ou sans information</i>	16 (94,1)	124 (95,4)	140 (95,2)
Mode de procuration du produit de sevrage				
	<i>Par médecin libéral</i>	1 (5,9)	1 (0,8)	2 (1,4)
	<i>En centre spécialisé</i>	0 (0,0)	2 (1,5)	2 (1,4)
	<i>Au marché noir</i>	0 (0,0)	1 (0,8)	1 (0,7)
	<i>Sans information</i>	16 (94,1)	126 (96,9)	142 (96,5)
Mode d'administration				
	<i>En shoot</i>	4 (23,5)	13 (10,0)	17 (11,6)
	<i>En sniff</i>	1 (5,9)	10 (7,7)	11 (7,5)
	<i>Par voie orale</i>	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	<i>Sans information</i>	12 (70,6)	107 (82,3)	119 (80,9)
Prise en charge d'une dépendance aux opiacés en détention				
	<i>Cure de sevrage ou traitement de substitution</i>	1 (5,9)	8 (6,1)	9 (6,1)
	<i>Autre</i>	16 (94,1)	122 (93,9)	138 (93,9)

Tableau 18 : Cas particulier des détenus identifiés comme toxicomanes – SMPR (n=56)

	Toxicomanie actuelle n=34 (60,7)		Toxicomanie antérieure n=22 (39,3)		Total n=56
	Décédés en 97 – 98 n=4	Témoins n=30	Décédés en 97 – 98 n=3	Témoins n=19	
Situation familiale					
<i>En couple</i>	0 (0,0)	9 (30,0)	0 (0,0)	2 (10,5)	11 (19,6)
<i>Seul</i>	4 (100,0)	19 (63,3)	3 (100,0)	13 (68,4)	39 (69,6)
<i>Sans information</i>	0 (0,0)	2 (6,7)	0 (0,0)	4 (21,1)	6 (10,7)
Utilisation d'Héroïne avant l'incarcération					
<i>Oui</i>	3 (75,0)	19 (63,3)	2 (66,7)	12 (63,2)	36 (64,3)
<i>Non</i>	1 (25,0)	11 (22,7)	1 (33,3)	7 (26,8)	20 (33,7)
Utilisation de Cocaïne avant l'incarcération					
<i>Oui</i>	3 (75,0)	9 (30,0)	0 (0,0)	6 (31,6)	18 (32,1)
<i>Non</i>	1 (25,0)	21 (70,0)	3 (100,0)	13 (68,4)	38 (67,9)
Utilisation en voie intraveineuse					
<i>Oui à l'arrivée</i>	3 (75,0)	9 (30,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	12 (21,4)
<i>Oui antérieure</i>	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (33,3)	4 (21,1)	5 (8,9)
<i>Non ou sans information</i>	1 (25,0)	21 (70,0)	2 (66,7)	15 (78,9)	39 (69,7)
Prenait à l'extérieur des produits de substitution (méthadone ou Subutex®)					
<i>Oui</i>	0 (0,0)	2 (6,7)	0 (0,0)	4 (21,1)	6 (10,7)
<i>Non ou sans information</i>	4 (100,0)	28 (93,2)	3 (100,0)	15 (78,9)	50 (89,3)
Mode de procuration du produit de sevrage					
<i>Par médecin libéral</i>	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,3)	1 (1,9)
<i>En centre spécialisé</i>	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (10,5)	2 (3,6)
<i>Au marché noir</i>	0 (0,0)	1 (3,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,9)
<i>Sans information</i>	4 (100,0)	29 (96,7)	3 (100,0)	16 (84,2)	52 (92,6)
Mode d'administration :					
<i>En shoot</i>	3 (75,0)	9 (30,0)	1 (33,3)	4 (21,1)	17 (30,4)
<i>En sniff</i>	0 (0,0)	5 (16,7)	1 (33,3)	4 (21,1)	10 (17,9)
<i>Sans information</i>	1 (25,0)	16 (53,3)	1 (33,3)	11 (57,9)	29 (51,7)
Prise en charge d'une dépendance aux opiacés					
<i>Cure de sevrage ou traitement de substitution</i>	0 (0,0)	4 (13,3)	0 (0,0)	4 (21,1)	8 (14,3)
<i>Autre</i>	4 (100,0)	26 (86,7)	3 (100,0)	15 (78,9)	48 (85,7)

Tableau 19 : Antécédents de toxicomanie identifiés au SMPR pour les décès entre 1997 et 1998 (n = 7)

	Toxicomanie actuelle	Toxicomanie antérieure	Total
SIDA/ VIH	0 (0,0)	1 (33,3)	1 (14,3)
Pharmacodépendance	1 (25,0)	0 (0,0)	1 (14,3)
Maladie de l'appareil circulatoire	0 (0,0)	1 (33,3)	1 (14,3)
Maladie de l'appareil respiratoire	1 (25,0)	0 (0,0)	1 (14,3)
Causes extérieures de traumatismes et empoisonnement hors suicides	2 (50,0)	1 (33,3)	3 (42,8)

3.3.2. Analyses univariées et multivariées : lien entre identification au SMPR et décès en 1997-1998

Parmi les 40 cas correspondant aux décès survenus entre 1997 et 1998, les 15 décès concernant les prisonniers transférés pour raison médicale ont été exclus de la présente analyse. L'analyse porte ainsi sur 25 cas de décès survenus en 1997 et 1998 et leurs 240 témoins appariés sur l'âge.

L'analyse de régression logistique montre une association significative entre le fait d'être identifié au SMPR et le risque de décès en 1997 et 1998, après la sortie (**tableau 20**). Le risque de décès était 2,4 fois plus élevé pour les sujets ayant un dossier SMPR que pour les autres, après ajustement sur l'âge et sur la durée de la peine. **Une association n'a par contre pas été observée dans cet échantillon avec le passage en QIS (OR_{ajusté} = 1 ; IC95 % = 0,1-8,4)**. Le résultat était inchangé en analyse de régression conditionnelle.

Tableau 20 : Facteurs associés au décès dans l'année suivant la libération

	Cas n=25	Témoins n= 240	OR IC95% univarié	OR IC95% multivarié†	OR IC95% multivarié‡
Age en 1997 (médiane et interquartiles)	35,0 [28,0 – 45,5]	35,0 [29,0 – 46,8]	1,01 [0,9 ; 1,0]*		
Durée de la peine totale (médiane et interquartiles)	3,5 [1,5 – 6,6]	3,3 [1,5 – 7,6]	0,99 [0,9 – 1,0]*		
Identifié au SMPR					
<i>Oui</i>	16 (64,0)	104 (43,3)	2,3 [1,0 ; 5,5]	2,4 [1,0 ; 5,7]	2,7 [1,1 ; 6,6]
<i>Non</i>	9 (36,0)	136 (56,7)	1	1	1
Identifié au SMPR ou avoir effectué un stage QIS					
<i>Oui</i>	16 (64,0)	106 (44,2)	2,2 [0,9 ; 5,3]	2,3 [1,0 ; 5,5]	2,6 [1,05 ; 6,5]
<i>Non</i>	9 (36,0)	134 (55,8)	1	1	1
Avoir effectué un stage QIS					
<i>Oui</i>	1 (4,0)	10 (4,2)	1,0 [0,1 ; 8,5]	1,0 [0,1 ; 8,4]	1,1 [0,1 ; 9,3]
<i>non</i>	24 (96,0)	230 (95,8)	1	1	1

* Variables quantitatives

† ajustement sur l'âge et la durée de la peine ; ‡ ajustement sur l'âge et sur la durée de la peine, analyses conditionnelles

4 Discussion

Un récapitulatif des analyses et des sous-échantillons sur lesquels elles ont été effectuées est présenté à la figure 2.

4.1. Étude comparative de la mortalité des sortants

Il convient de rappeler que l'étude comparative de la mortalité des sortants n'était pas l'objectif initial de cette étude. Cependant, la connaissance de la mortalité des prisonniers à leur sortie de prison constitue un indicateur important pour apprécier les impacts cumulés de la période d'incarcération et du retour à la vie extérieure sur leur santé. Les données recueillies nous ont permis de réaliser cette étude et de fournir ainsi des informations qui, jusqu'ici, n'avaient pas été produites en France.

4.1.1. Les sortants non identifiés par l'INSEE

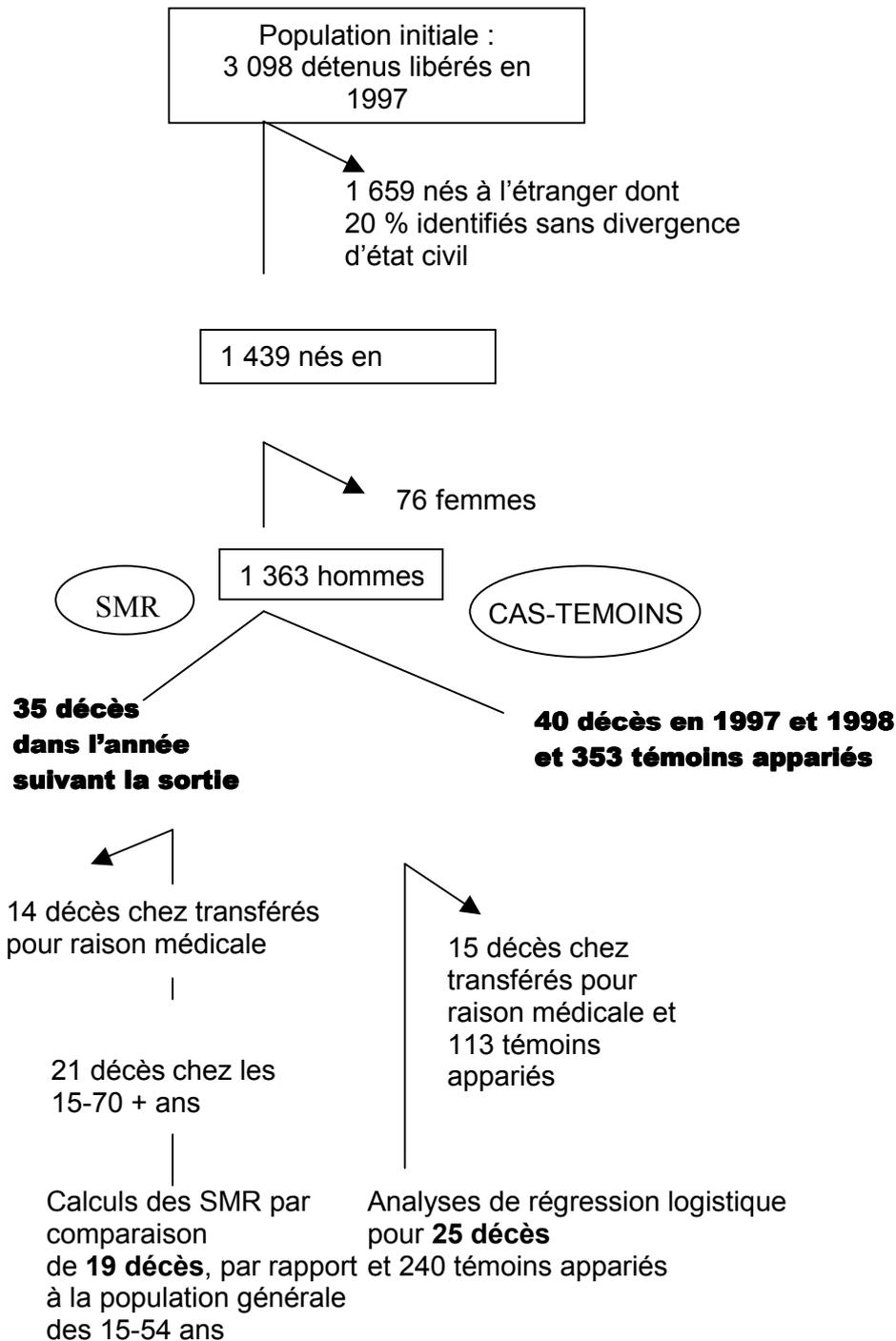
Dans la sous-cohorte des sortants nés en France et dans les DOM

À partir de la cohorte initiale des sortants nés en France, le statut vital n'a pu être obtenu pour 13,3 % des sujets nés en France à partir du fichier de l'INSEE. Ce taux est satisfaisant car l'INSEE identifie habituellement entre 75 et 95 % des individus lorsqu'une procédure d'appariement sur des données indirectement nominatives est utilisée. Le taux de sortants perdus de vue dans la présente enquête s'explique vraisemblablement par des inexactitudes concernant les informations recueillies au niveau du greffe, informations qui ne semblent pas systématiquement vérifiées ; le passage par le greffe étant obligatoire, les données sont vraisemblablement exhaustives. La comparaison des sujets perdus de vue et de ceux qui ont été retrouvés dans le fichier de l'INSEE (**tableau 21**) n'a pas montré de différence selon l'âge en 1997, le sexe et la durée moyenne d'incarcération, facteurs pouvant être associés à la mortalité et l'état de santé. Il est donc peu probable que les perdus de vue soient à l'origine d'un biais de sélection dans la cohorte étudiée.

Tableau 21 : Comparaison des sujets identifiés par l'INSEE/INSERM et des sujets « perdus de vue »

		Non identifiés 194 (13,5)		Identifiés 1 245 (86,5)		Total 1 439		p
Sexe	<i>Hommes</i>	183 (94,3)		1 177 (94,5)		1 360 (94,5)		0,9
	<i>Femmes</i>	11 (5,7)		68 (5,5)		79 (5,5)		
Age moyen en 1997		32,1	8,5	33,2	10,3	33,1	10,1	0,2
Durée moyenne de l'incarcération		6,9	8,4	6,5	9,1	6,5	9,1	0,5
Age moyen à l'incarcération		31,5	8,5	32,7	10,2	32,5	10,0	0,1
Avoir été transféré à Fresnes	<i>Oui</i>	48 (24,7)		332 (26,7)		380 (26,4)		0,6
	<i>Non</i>	146 (75,3)		913 (73,3)		1 059 (73,6)		

Figure 2 : Récapitulatif des analyses et des sous-échantillons



Dans la sous-cohorte des sortants nés à l'étranger et dans les TOM

En ce qui concerne la cohorte des sujets nés à l'étranger, le taux de perdus de vue était plus élevé (environ 40 %) que pour les sujets nés en France et seuls 20 % des sujets ont pu être identifiés sans divergence d'état civil par l'INSEE. Ceci peut être dû au fait que :

Les données relevées au niveau des fiches d'écrou au greffe de la maison d'arrêt de Fresnes n'étaient pas fiables pour les sujets nés à l'étranger, de fausses déclarations pouvant être données par des personnes ayant une interdiction de résidence sur le territoire ;

L'accès de l'INSEE aux certificats de naissance des personnes nées à l'étranger est limité.

De plus, les décès dans cette sous-cohorte étaient vraisemblablement sous-enregistrés, le nombre de décès observés étant très inférieur à celui constaté dans la cohorte des sujets nés en France.

Pour ces raisons, les analyses de mortalité n'ont pas été effectuées dans cette sous-cohorte qui n'a pas non plus été intégrée dans l'étude cas-témoins.

4.1.2. Les sujets transférés à Fresnes pour raison médicale : un biais de sélection

Parmi les décès, 15 sur les 40 observés en 1997-1998 et 14 sur les 35 observés dans l'année suivant la sortie sont survenus chez des sujets ayant été transférés pour raison médicale d'une autre prison à l'hôpital de Fresnes. La prison de Fresnes est en effet un des seuls établissements pénitentiaires, sinon le seul, doté d'un hôpital adapté à la prise en charge de détenus. Huit des 9 sujets décédés par tumeur et 2 des 3 décès par SIDA/VIH sont survenus chez des détenus transférés pour raison médicale à Fresnes. Ceci est l'origine d'un biais de sélection qui explique la surmortalité apparente observée par tumeurs parmi les sortants de la prison de Fresnes. Pour l'étude comparative de la mortalité des sortants de la prison de Fresnes, les décès qui ont été observés parmi les sujets transférés pour raison médicale à Fresnes ont ainsi été retirés de l'analyse.

4.1.3. Un nombre élevé de causes de décès inconnues

Parmi les 40 décès identifiés en 1997-1998 dans la cohorte des sujets nés en France, la cause de décès n'a pu être obtenue pour 11 d'entre eux et parmi les 21 décès survenus dans l'année suivant la libération chez des détenus non transférés pour raison médicale, 9 causes étaient inconnues. Dans la classe d'âges des 15-34 ans, les causes inconnues représentaient 55,6 % des décès et dans la classe d'âges des 35-54 ans, elles représentaient 40 % des décès.

Ceci était dû au fait que ces sujets ont été autopsiés. Les IML ne sont pas toujours autorisés à communiquer à l'INSERM les informations concernant les causes de décès des sujets qu'ils autopsient. La majorité des décès de cause inconnue sont survenus en région parisienne. La direction de l'IML de Paris, que nous avons contactée, a confirmé qu'elle n'était pas autorisée à transmettre à l'unité compétente de l'INSERM, les informations relatives aux causes de décès des personnes autopsiées en son sein. L'autorisation a finalement pu être obtenue après intervention de la MILDT auprès du Procureur de Paris.

Des études comparant les causes de décès inconnues à partir des données des certificats de décès de l'INSERM et celles des IML (Paris et Lyon) ont montré une importante sous-estimation des décès par suicide (d'un facteur 4,6), par intoxications alcooliques et par overdoses dans les statistiques nationales de décès de l'INSERM (Lecompte, 1995 ; Lecompte, 1994 ; Tilhet-Coartet, 2000). Les données récupérées auprès de l'IML de Paris vont dans le même sens.

4.1.4. Une surmortalité globale significative des détenus entre 15 et 54 ans

Cette étude montre une surmortalité significative chez les sortants de prison âgés entre 15 et 54 ans quelle que soit la population de référence retenue (population générale, ouvriers-employés) : le taux de mortalité standardisé toutes causes confondues à l'exclusion des overdoses était 3,4 fois supérieur à celui des populations de référence. Cette surmortalité n'a pas été observée, par contre, chez les sujets de 55 ans ou plus. Dans les classes d'âges 15-34 ans et 35-54 ans, tous les SMR, quelles que soient les causes, étaient augmentés. À noter une mortalité par cirrhose alcoolique du foie significativement augmentée chez les sujets âgés de 35 à 54 ans uniquement (multipliée par 14) probablement du fait des délais nécessaires pour la constitution de cette maladie en cas d'alcoolisme. Ces résultats sont cohérents avec les résultats des études réalisées en milieu carcéral montrant des taux de prévalence élevés de consommation d'alcool (Rotily, 1998 ; Rotily, 2001).

4.1.5. Une surmortalité très élevée et significative par overdose

Quatre décès par overdose ont été observés dans la période de 3 mois à un an après la sortie. Les SMR correspondants dans les classes d'âges 15-34 ans et 35-54 ans indiquent une surmortalité très prononcée avec des facteurs multiplicatifs de l'ordre respectivement de 120 et 270 et d'au minimum 25 et 7. Bien sûr, le nombre absolu de décès par overdose étant peu élevé, les intervalles de confiance sont larges.

Ces SMR élevés peuvent être liés à un sous-enregistrement de ces causes de décès dans la population générale, souvent classées parmi les causes de décès inconnues (Lecompte, 1995 ; Lecompte, 1994 ; Tilhet-Coartet, 2000). Mais ces résultats sont cohérents avec les résultats des études réalisées en milieu carcéral (Rotily, 1998 ; Rotily, 2001). La proportion de détenus toxicomanes en prison serait en France de 15 à 25 % et elle a été évaluée, dans d'autres pays d'Europe de l'ouest, à un tiers des détenus adultes de sexe masculin. Elle est ainsi beaucoup plus élevée que dans la population générale : en 1993, la proportion des UDVI chez les personnes âgées de 15 à 54 ans en France était estimée à 5 pour 1 000 (Rotily, 2001).

Une étude réalisée chez des UDVI masculins infectés par le virus HIV a montré que le risque de décès par overdose était 8 fois plus important dans les 15 jours suivant la sortie de prison que dans les semaines suivantes (Seaman, 1998). Les décès par overdose observés dans notre étude sont survenus dans un délai supérieur à 3 mois après la sortie de prison. Il est ainsi possible qu'un nouvel épisode d'incarcération ait eu lieu entre la sortie en 1997 et le décès. La connaissance du moment du décès par overdose paraît essentielle pour déterminer s'il est possible de prévenir ces décès par une stratégie de prévention et de préparation à la sortie.

4.1.6. Des résultats très similaires en prenant la population générale ou les ouvriers-employés comme groupes de référence

Les sortants de prison constituent un groupe de population dont les caractéristiques démographiques sont très particulières.

Les informations disponibles montrent que les ouvriers-employés sont sur-représentés parmi les détenus, avant leur incarcération. Or, il existe d'importantes disparités de mortalité en fonction des catégories socioprofessionnelles (Jougla, 2000). Notamment, le risque de décéder en France pour les hommes entre 35 et 65 ans est double chez les ouvriers par rapport aux cadres supérieurs et aux professions libérales. Des informations existent aussi sur les chômeurs et les inactifs à partir de la cohorte 1982 de l'INSEE : la mortalité des chômeurs est deux à trois fois plus élevée que celle des hommes ayant un emploi. Cette surmortalité s'observe pour tous les groupes sociaux et quel que soit le niveau d'étude (Jougla, 2000).

La surmortalité des inactifs apparaît également importante avec des risques de décès 3 à 5 fois plus élevée que chez les actifs.

Les SMR obtenus pour la population des « ouvriers-employés » qui sont les mêmes que ceux calculés pour la population générale, ne correspondent pas aux résultats qui étaient attendus. En effet, la mortalité des « ouvriers-employés » est plus importante que celle des autres catégories socioprofessionnelles d'actifs.

Après discussion avec les responsables de l'INSERM SC8, il est possible que ce résultat provienne d'un manque de fiabilité des données recueillies sur la catégorie socioprofessionnelle sur les certificats de décès : en particulier, il est possible que des personnes actives soient classées comme inactives lorsque leur profession n'est pas connue.

4.2. Étude cas-témoins : des données peu exploitables

La réalisation d'une étude cas-témoins pour évaluer l'effet protecteur des UPS constituait l'objectif principal de la présente étude, mais ceci n'a pu être mené à bien de façon aussi approfondie que souhaitable pour plusieurs raisons qui sont discutées ci-après.

Tout d'abord, le nombre de décès observés, même s'il était important, s'est révélé beaucoup plus faible que ce que les calculs de décès attendus, réalisés à partir de données publiées en Ecosse en 1997 (voir le chapitre matériels et méthode) ne laissait présager. Rappelons qu'au moment où le protocole a été rédigé, aucune donnée de mortalité n'avait été publiée sur la population carcérale française. Les raisons de cet écart entre l'estimation du nombre de décès attendus et celui observé ne sont pas connues des auteurs de ce rapport. Il est possible qu'elles soient liées à des différences de système sanitaire en prison entre la France et l'Ecosse.

De plus, un autre effet ayant un impact sur la puissance statistique de l'étude était le très faible nombre de sujets effectivement passés par les dispositifs UPS (4 %). Pour remédier à cet inconvénient du point de vue de l'évaluation épidémiologique de ces dispositifs, plusieurs points peuvent être discutés :

L'augmentation de la taille de la cohorte : elle serait souhaitable dans une seconde étude plus large et représentative, mais elle ne pouvait être envisagée pour la présente étude :

- inclure les années postérieures à 1997 n'était pas envisageable, les données sur les causes mortalité n'étant disponibles au plus tard que jusqu'en 1998 au moment de l'étude (2001),
- inclure des données sur plusieurs années avant 1997 aurait été très lourd : aucune des données nécessaires à la constitution de la cohorte n'étant informatisée, elles sauraient dû être saisies manuellement.

La mise en œuvre d'un autre type de design épidémiologique :

- une enquête prospective exposés non-exposés comparant la mortalité des sujets passant par le QIS à celle des sujets n'étant pas passés par le QIS se serait aussi heurtée à des problèmes de puissance statistique compte tenu du taux de mortalité observé (de l'ordre de 2 %). Si l'on fait l'hypothèse d'une mortalité deux fois plus faible dans le groupe « QIS » que dans le groupe « non QIS », la taille de chacun des groupes aurait dû être de 1 750 sujets : le nombre cumulé de passages par le QIS à Fresnes est loin d'atteindre ce chiffre. En raison de l'absence d'informatisation au moment de l'étude, la constitution de la base d'échantillonnage aurait été lourde. Ce type d'étude serait peut être envisageable à l'heure actuelle à la condition que plusieurs établissements ayant expérimenté des QIS soient inclus et que les données du greffe soient accessibles par informatique.

- Une étude cas-témoins réalisée dans la sous-cohorte des toxicomanes comparant des cas décédés à des témoins non décédés : elle permettrait de mieux cibler l'étude aux problèmes liés à la toxicomanie mais poserait le problème du repérage préalable du statut vis à vis de l'usage de drogues ; les données recueillies dans la présente enquête travers des dossiers médicaux a montré que l'information recueillie n'est pas toujours fiable : sur 3 décès par overdose, 2 se sont produits chez des sortants n'ayant pas de dossier au SMPR ; les détenus ne déclarent pas toujours qu'ils sont toxicomanes et l'information n'est pas enregistrée de façon systématique et standardisée dans les dossiers.

Dans la présente étude, des données sur les facteurs de risques de la mortalité à la sortie de prison n'ont pu être recueillies qu'à partir des dossiers se trouvant au SMPR de Fresnes, soit pour 17 cas et 130 témoins. Les variables pour lesquelles une information était recherchée pour l'étude des facteurs de risque de la mortalité étaient la toxicodépendance, le statut sérologique vis-à-vis du VIH, du VHB et du VHC, le suivi médical, la substitution et la participation au QIS.

L'information sur ces facteurs colligée dans ces dossiers était incomplète et enregistrée de façon non standardisée. Leur exploitation statistique dans l'objectif de l'étude cas-témoins n'a donc pu être envisagée.

Une analyse a cependant été effectuée concernant la présence d'un dossier au SMPR et la notion de passage par un QIS. Elle a été ajustée sur l'âge et sur la durée de la peine et a montré une association statistiquement significative entre le fait d'être suivi au SMPR et une surmortalité après la sortie de prison, en 1997 et 1998. Cette association est vraisemblablement liée au fait que la population suivie au SMPR est en moins bon état de santé que le reste de la population carcérale. La proportion de détenus toxicomanes au sein des détenus suivis au SMPR n'est pas négligeable non plus (23 % dans l'échantillon de l'étude cas-témoins) même s'il est vraisemblable que des détenus non suivis au SMPR étaient aussi toxicomanes. On manque d'informations pour déterminer si cette population était plus représentée dans la file active du SMPR. On notera que parmi les trois sujets décédés d'une overdose, deux n'avaient pas de dossier au SMPR.

La taille de l'étude et le faible nombre de sujets passés par le QIS n'ont pas permis de vérifier si le passage par le QIS jouait un rôle éventuellement protecteur vis-à-vis de la mortalité à la sortie de prison, notamment par overdose.

5 Conclusion générale de l'étude

La présente étude n'a pas permis de répondre à la question de l'efficacité des UPS en termes d'impact sur la mortalité des sortants. Une des raisons majeures est le faible passage par le QIS de l'établissement pourtant sélectionné comme établissement pilote dans la mise en place des UPS.

Elle contribue, en revanche, à mieux informer sur la mortalité des sortants de prison : une surmortalité très significative des ex-détenus a été observée dans la première année suivant leur libération par rapport à la population générale. Cette surmortalité, observée pour les sortants de moins de 55 ans, était particulièrement élevée et significative pour les overdoses. Aucune overdose n'a néanmoins été observée dans les 2 semaines suivant la sortie, période au cours de laquelle il a été montré que le risque de décès par overdose est le plus élevé.

Cette étude, la première analyse effectuée sur cette population en France, présentait un certain nombre de limites : elle a été conduite sur une population de petite taille probablement non représentative de l'ensemble de la population des sortants en France en 1997. Il serait nécessaire de consolider les résultats et pour ce faire d'élargir l'étude à d'autres établissements en France et sur plusieurs années consécutives. Il s'agirait de constituer un échantillon plus représentatif dont la taille permettrait des analyses dans des conditions de puissance statistique suffisante.

Les résultats de cette étude, vont dans le même sens que les données recueillies auparavant sur la santé des détenus en prison et notamment sur la prévalence, parmi eux, de la toxicomanie et de l'alcoolisme. Ces résultats tout à fait alarmants fournissent une évaluation globale de la performance de la prise en charge sanitaire en prison tant au plan curatif que préventif auprès d'un public fragilisé comme la population carcérale. Ils appellent à un renforcement des mesures de prévention et de suivi des détenus. Le moment de l'incarcération offre, en effet, une opportunité de conduire des actions d'information, d'éducation, de prévention et de traitements adaptés à cette population.

Ces résultats reflètent aussi, au travers des décès par mort violente, les plus nombreux, la brutalité de la rupture que constitue la période de sortie et soulignent par conséquent la nécessité d'une meilleure préparation des prisonniers à cette sortie. Le faible effectif de prisonniers ayant participé aux UPS dans la prison de Fresnes et les difficultés évoquées lors du premier volet de l'évaluation des UPS, alors que ces programmes ont été mis en place depuis 1992, donnent une indication du chemin qui reste à parcourir. En dépit de l'aide précieuse de nos interlocuteurs et de leur bonne volonté, cette étude s'est heurtée à des difficultés qui ont empêché d'en tirer l'ensemble des résultats attendus. Le problème des causes de décès inconnues n'a pu être résolu que de façon ponctuelle. De plus, les données nécessaires pour constituer la cohorte des sortants n'étaient pas informatisées. Enfin, faute de l'existence d'un recueil standardisé d'informations sur les facteurs de risque, l'analyse cas-témoins dans la cohorte n'a pu être réalisée de façon approfondie. Ces points soulignent la complexité de la réalisation d'études en milieu carcéral et seront critiqués dans la définition des objectifs et des méthodes pour la réalisation d'une étude épidémiologique à plus grande échelle. La recherche d'informations plus spécifiques concernant les ex-détenus, notamment sur la consommation de drogues, a montré les limites des dossiers disponibles. Ceci souligne le besoin d'instaurer dans les prisons des systèmes d'information pour permettre d'évaluer de façon rigoureuse, fiable et comparable dans le temps et d'une région à l'autre, l'état de santé des prisonniers et fournir ainsi un outil de surveillance de l'état sanitaire de la population carcérale et d'évaluation des interventions. La mise en place d'un tel système devrait bien entendu être faite dans le respect des lois protégeant les droits individuels et assurant la confidentialité et l'anonymat des données. Mais elle devrait aussi permettre d'assurer une plus grande transparence sur l'état sanitaire de cette population.

6 Bibliographie

Cavailler (P.), Obadia (Y.), Rotily (M.), Moatti (J.-P.), « Pratiques à risque chez les usagers de drogues intraveineuses séropositifs » *Epidémiologie et évaluation en toxicomanie*. Lausanne, Suisse, 1997.

Gray (D.), Ivanoff (A.), Borne (D.), El-Bassol (N.), Schilling (R.), Grodd (B.), and Safyer (S.), « Reducing AIDS, relapse and recidivism among sentenced female drug using inmates », *Int Conf AIDS*, 1992.

Haut Comité de la santé publique, *Santé en milieu carcéral*, Haut Comité de la Santé Publique, 1993.

Inciardi (J.), « HIV risk reduction and service delivery strategies in criminal justice settings », *J Substance Abuse Treatment* 13 (1996): 421 - 428.

Jones (G.), Chiswick (A.), Brettle (R.), Leen (C.), and Bussitil (A.), « Sudden death in people with HIV shortly after release from prison », *Int Conf AIDS*, 1994.

Jougla (E.), Rican (S.), Pequignot (F.), Le Toulec (A.), « La mortalité », *Les inégalités sociales de santé*, INSERM, Paris, 2000.

Kensey (A.), Cassan (F.), Toulemon (L.), « La prison : un risque plus fort pour les classes populaires », *Cahiers de démographie pénitentiaire* 9 (2000).

Lecompte (D.), Hatton (F.), Jougla (E.), Le Toullec (A.) « Décès par toxicomanie en Ile de France », *Bul Epidemiol Hebd* 43 (1995): 560-72.

Lecompte (D.), Hatton (F.), Michel (E.), Le Toullec (A.), « Décès par usage de stupéfiants en Ile-de-France », *Bul Epidemiol Hebd* 35 (1994): 159-61.

Rotily, M. « Epidémiologie de l'infection à VIH et des hépatites virales en milieu carcéral », *Biosciences et Environnement - Biomathématiques*. Marseille : Université de droit, d'économie et des sciences d'Aix-Marseille, 2001.

Rotily (M.), Delorme (C.), Obadia (Y.), Escaffre (N.), and Galinier-Pujol (A.) « Survey of French prison found that injecting drug use and tattooing occurred », *Bmj* 316 (1998): 777.

Rotily (M.), Galinier-Pujol (A.), Obadia (Y.), Moatti (J.-P.), Toubiana (P.), Vernay-Vaisse (C.), and Gastaut, (J.A.) « HIV testing, HIV infection and associated risk factors among inmates in south-eastern French prisons », *Aids* 8 (1994): 1341-4.

Rotily (M.), Weilandt (C.), Bird (S.M.), Kall (K.), Van Haastrecht (H.J.), Landolo (E.), and Rousseau (S.), « Surveillance of HIV infection and related risk behaviour in European prisons. A multicentre pilot study », *Eur J Public Health* 11 (2001): 243-50.

Schilling (R.), Ivanoff (A.), El-bassel (N.), Borne (D.), and Kabas (F.) « HIV related risk reduction among women offenders in jail and in the community », *Int Conf AIDS*, 1994.

Seaman (S.), Brettle (R.), and Gore (S.) « Mortality from overdose among injecting drug users recently released from prison: database linkage study », *BMJ* 316 (1998): 426-8.

Tilhet-Coartet (S.), Hatton (F.), Lopez (C.), Pequignot (F.), Miras (A.), Jacquart (C.), Jougla (E.), and Malicier (D.) « [Importance of medicolegal data for national cause of death statistics] », *Presse Med* 29 (2000): 181-5.

Vigilante (K.), Rich (J.), Affleck (P.), Loewental (H.), Flynn (M.), Dickenson (B.), and Flanigan (T.) « The women's HIV prison prevention program: reduction of prison recidivism may suggest HIV risk reduction », *4th Conf Retro and Opportun Infect*, 1997.

Annexes

Liste simplifiée S9 :

La liste abrégée S9 est une liste de causes de décès regroupées en 110 catégories de la façon suivante :

Cause médicale de décès	Numéro de la <u>CIM9</u>
Maladies infectieuses et parasitaires Fièvres typhoïdes, paratyphoïde et infections à salmonella Infections intestinales Tuberculose toutes formes Infections à méningocoques Tétanos Septicémie Poliomyélite aiguë Maladies à virus du système nerveux central Hépatite virale Syphilis Sida et infections par le VIH Autres maladies infectieuses et parasitaires Séquelles de maladies infectieuses ou parasitaires	001-139 002,003 004-009 010-018 036 037 038 045 046-049 070 090-097 042-044 001-136 nc. les n° préc. 137-139
Tumeurs Tumeurs malignes des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx Tumeur maligne de l'œsophage Tumeur maligne de l'estomac Tumeur maligne de l'intestin Tumeur maligne du pancréas Tumeurs malignes d'autres parties de l'appareil digestif et du péritoine Tumeur maligne du larynx Tumeur maligne de la trachée, des bronches et du poumon Tumeurs malignes d'autres parties de l'appareil respiratoire et des organes thoraciques Tumeur maligne des os et du cartilage articulaire Tumeur maligne du tissu conjonctif et des autres tissus mous Tumeur maligne de la peau Tumeur maligne du sein Tumeur maligne de l'utérus Tumeur maligne de l'ovaire et des autres annexes de l'utérus Tumeur maligne de la prostate Tumeur maligne de la vessie Tumeur maligne du rein et d'organes urinaires autres ou non précisés Tumeurs malignes d'autres organes génito-urinaires Tumeur maligne de l'encéphale Tumeurs malignes de sièges autres et sans précision Maladie de Hodgkin Autres tumeurs malignes des tissus lymphoïde et histiocytaire Myélome multiple et tumeurs immunoprolifératives Leucémies Tumeurs bénignes Carcinome in situ, tumeurs à évolution imprévisible et de nature non précisée	140-239 140-149 150 151 152-154 157 155,156,158,159 161 162 160,163,164,165 170 171 172,173 174,175 179,180,182 183 185 188 189 181,184,186,187 191 190,192-199 201 200,202 203 204-208 210-229 230-239

Maladies endocriniennes, de la nutrition et du métabolisme et troubles immunitaires	240-279
Diabète sucré	250
Autres maladies endocriniennes de la nutrition et du métabolisme et troubles immunitaires	240-249,251-279
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	280-289
Troubles mentaux	290-319
Psychose alcoolique et alcoolisme	291,303
Autres troubles mentaux	290-319 nc. les n° préc.
Maladies du système nerveux et des organes des sens	320-389
Méningites	320-322
Encéphalite, myélite et encéphalomyélite	323
Syndrome parkinsonien	332
Hémiplégie et autres syndromes paralytiques	342-344
Autres maladies système nerveux et des organes des sens	320-389 nc. les n° préc.
Maladies de l'appareil circulatoire	390-459
Cardiopathies rhumatismales	390-398
Maladies hypertensives	401-405
Cardiopathies ischémiques	410-414
Autres formes de cardiopathies	415-425
Troubles du rythme	426,427
Insuffisance cardiaque et maladies cardiaques mal définies	428,429
Maladies vasculaires cérébrales	430-438
Autres maladies de l'appareil circulatoire	440-459
Maladies de l'appareil respiratoire	460-519
Pneumonie et bronchopneumonie	480-486
Grippe	487
Bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives	490-492,494,496
Asthme et alvéolite allergique	493,495
Autres maladies de l'appareil respiratoire	460-519 nc. les n° préc.
Maladies de l'appareil digestif	520-579
Ulcère digestif	531-534
Occlusion intestinale sans mention de hernie	560
Cirrhose alcoolique ou sans précision du foie	571.0-3,5
Autres maladies chroniques du foie	571.4,6-9
Autres maladies de l'appareil digestif	520-579 nc. les n° préc.
Maladies des organes génito-urinaires	580-629
Néphrite et insuffisance rénale	580-586
Hyperplasie de la prostate	600
Autres maladies des organes génito-urinaires	580-629 nc. les n° préc.
Complications grossesse, accouchement, suites de couches	630-676
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	680-709

Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	710-739
Anomalies congénitales Anomalies congénitales du système nerveux Anomalies congénitales de l'appareil circulatoire Anomalies congénitales de l'appareil digestif Autres anomalies et syndr. congénit. intéressant différents appareils	740-759 740-742 745-747 750,751 740-759 nc. les n° préc.
Affections dont l'origine se situe dans la période périnatale Prématurité et immaturité Traumatisme obstétrical et hémorragies foetale et néonatale Anoxie et autres affections respiratoires Infections spécifiques de la période périnatale Autres affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	760-779 765 767,772 768-770 771 760-779 nc. les n° préc.
Symptômes, signes et états morbides mal définis Sénilité sans mention de psychose Mort subite de cause inconnue Causes inconnues ou non déclarées Autres symptômes, signes et états morbides mal définis	780-799 797 798 799.9 780-799 nc. les n° préc.
Causes extérieures de traumatismes et empoisonnements Accidents de la circulation Intoxications accidentelles Accidents et complications au cours et suite actes médicaux et chirurgicaux Chutes accidentelles Accidents non précisés Autres accidents et séquelles Suicides y compris les séquelles de tentatives de suicide Homicides Traumatismes et empoisonnements causés d'une manière indéterminée quant à l'intention Autres morts violentes et séquelles	E800-E999 E810-E819,E826-E829 E850-E858,E860-E869 E870-E879 E880-E888 E928.9 E800-E949 nc. les n° préc. E950-E959 E960-E969 E980-E989 E970-E979,E990-E999

Questionnaires ou formulaires des informations recueillies au SMPR

Fiche SMPR

Identifiant ORS : _____

Q1. Situation Familiale :

- ₁ Célibataire
- ₂ Marié
- ₃ Veuf
- ₄ Divorcé
- ₅ Sans information

Q2. Provenance :

- ₁ Liberté
- ₂ Transfert
- ₃ Autre

Q3. Première Incarcération :

- ₁ Oui
- ₂ Non

Q4. Antécédents judiciaires :

- ₁ Oui
- ₂ Non
- ₃ Sans information

Q5. Le patient était-il sans domicile fixe :

- ₁ Oui
- ₂ Non
- ₃ Sans information

Q6. N° de département de résidence : _____

Q7. Mode de vie :

- ₁ Seul
- ₂ En couple
- ₃ En famille
- ₄ Collectivité
- ₅ Sans information

Q8. Activité professionnelle :

- ₁ Oui
- ₂ Non
- ₃ Sans information

Q9. Activité professionnelle continue de plus de 2 ans dans les 5 dernières années :

- ₁ Oui
- ₂ Non
- ₃ Sans information

Q10. Ressources : Le patient bénéficiait-il :

- D'une AAH ₁ Oui ₂ Non ₃ Sans information
D'une pension d'invalidité ₁ Oui ₂ Non ₃ Sans information
D'une allocation d'ASSEDIC ₁ Oui ₂ Non ₃ Sans information
Du RMI ₁ Oui ₂ Non ₃ Sans information

Q11. Catégorie diagnostique : (CIM 10)

Q12. Suivi antérieur par le secteur de psychiatrie :

- ₁ Oui
₂ Non
₃ Sans information

Q13. Antécédents de soins :

- Hospitalisé en psychiatrie : ₁ Oui ₂ Non ₃ Sans information
Suivi en ambulatoire : ₁ Oui ₂ Non ₃ Sans information
Suivi par un SMPR : ₁ Oui ₂ Non ₃ Sans information
Suivi par le dispositif spécialisé de lutte contre la toxicomanie :
₁ Oui ₂ Non ₃ Sans information
Suivi par le dispositif de lutte contre l'alcoolisme :
₁ Oui ₂ Non ₃ Sans information

Fiche CSST :

Q14. Enfants à charge :

- ₁ Oui
₂ Non
₃ Sans information

Q15. Domiciliation :

- ₁ Département 94
₂ Région IDF Hors 94
₃ Hors région IDF
₄ Sans information

Q16. Logement :

- ₁ Stable
₂ Précaire
₃ Sans domicile fixe
₄ Sans information

Q17. Origine des ressources :

- ₁ Salaire / Assedic
₂ RMI / Allocation
₃ Travail au noir
₄ À la charge d'un tiers
₅ Sans ressources
₆ Sans information

Q18. Couverture sociale :

- ₁ Oui
- ₂ Non
- ₃ Sans information

Q19. Politoxicomanie :

- ₁ Oui
- ₂ Non
- ₃ Sans information

Q20. Toxicomanie à l'arrivée :

- ₁ Actuelle
- ₂ Antérieure
- ₃ Sans information

Q21. Produits toxiques principalement utilisés avant l'incarcération :

- ₁ Héroïne
- ₂ Cocaïne
- ₃ LSD
- ₄ Cannabis
- ₅ Amphétamine / Ecstasy
- ₆ Crack
- ₇ Substitution
- ₈ Médicaments psychotropes non opiacés
- ₉ Alcool
- ₁₀ Autres

Q22. Utilisation en voie intraveineuse :

- ₁ Oui à l'arrivée
- ₂ Oui antérieurement
- ₃ Non
- ₄ Sans information

Q23. Pathologies associées

VIH :

- ₁ Positif
- ₂ Négatif
- ₃ sans information

Hépatite B :

- ₁ Positif
- ₂ Négatif
- ₃ sans information

Hépatite C :

- ₁ Positif
- ₂ Négatif
- ₃ sans information

Q24. Prenait à l'extérieur :

De la méthadone :

- ₁ Oui
- ₂ Non

Du Subutex® :

- ₁ Oui
- ₂ Non

Q25. Mode de procuration du produit de sevrage :

- ₁ Par médecin libéral
- ₂ En centre spécialisé
- ₃ Au marché noir
- ₄ Sans information

Q26. Mode d'administration :

- ₁ En shoot
- ₂ En sniff
- ₃ Par voie orale
- ₄ Sans information

Q27. Produits associés :

- ₁ Cocaïne
- ₂ Héroïne
- ₃ Crack
- ₄ Alcool
- ₅ Autres

Q28. Benzodiazépines associées :

- ₁ Prescrit
- ₂ Non prescrit

Q29. Traitement en détention :

- ₁ Cure de sevrage
- ₂ Traitement de Méthadone
- ₃ Traitement de Subutex

Passage par le QIS avant la libération :

Q30. Avoir suivi le stage QIS :

- ₁ Oui
- ₂ Non

Q31. Date de suivi du stage ? _____

OFDT

Observatoire français des drogues et des toxicomanies
105, rue La Fayette - 75010 Paris
Tél. : 33 (0)1 53 20 16 16
Fax : 33 (0)1 53 20 16 00
courrier électronique : ofdt@ofdt.fr

www.ofdt.fr

ORS PACA

23 Rue Stanislas Torrents
13006 Marseille

Citation recommandée

PRUDHOMME (J.), VERGER (P.), ROTILY (M.), *Fresnes – Mortalité de sortants, Étude rétrospective de la mortalité des sortants de la maison d'arrêt de Fresnes – Second volet de l'évaluation des unités pour sortants (UPS.)*, Paris, OFDT, 2003, 58 p.

Peu d'études ont été publiées sur les problèmes sociaux et médicaux rencontrés à la sortie de prison et encore moins concernant l'évaluation de programmes de préparation à la sortie. Ce rapport, présentant les résultats d'un travail, effectué en 2001, sur la mortalité des sortants de prison, constitue donc une première en France.

Organisée dans le cadre de l'évaluation des programmes de préparation à la sortie intitulée « Unités pour sortants » ou « UPS », l'étude devait estimer le taux de mortalité survenue dans l'année suivant la sortie de prison. Cet indicateur, avec le taux de récidives, apparaît, à travers les rares études (étrangères) disponibles, comme le plus caractéristique du niveau d'autonomie sanitaire et sociale des ex-détenus.

Cette recherche a permis d'estimer le taux de mortalité de détenus dans l'année suivant leur sortie de prison, en le comparant à celui un groupe référent au sein de la population française.

L'étude a été effectuée auprès des détenus libérés entre le 1er janvier 1997 et le 31 décembre 1997 de la maison d'arrêt de Fresnes, établissement choisi car il hébergeait depuis 1992 le Quartier Intermédiaire Sortant (QIS). L'année 1997 a été retenue car elle correspond à la première année de la mise en place des traitements de substitution en prison.

Les analyses ont concerné 1 439 sortants nés en France ou dans les DOM, libérés en 1997 de la maison d'arrêt de Fresnes. Tous âges et toutes causes confondus, une surmortalité a été observée chez les ex-prisonniers quelle que soit la population de référence retenue (population générale, ouvriers-employés). Pour la tranche d'âges des 15-34 ans, elle s'avère très significativement supérieure pour ce public d'anciens détenus, en ce qui concerne les décès par pharmacodépendance, ceux par maladie du système circulatoire et les décès de cause inconnue. Le risque de décès par overdose était multiplié par plus de 124 par rapport à la population générale française.