

*Parmi les 2 300 entrants en détention enquêtés en juin 2001, les médecins psychiatres des services médico-psychologiques régionaux (SMPR) ont repéré au moins un trouble psychiatrique pour plus de la moitié d'entre eux. Un cinquième des détenus entrant en détention avait déjà été suivi par les secteurs de psychiatrie. Pour cette population en quasi-totalité masculine, plutôt jeune, célibataire et en grande difficulté d'insertion, la présence de troubles est plus fréquente dans le cas d'antécédents judiciaires et pour des délits criminels. Les détenus ayant été suivis durant la même période par les SMPR ont des caractéristiques proches. Mais cette population est plus féminine que la population pénale dans son ensemble (10 % contre 4 %).*

*La nature des délits commis différencie nettement les détenus suivis pour des troubles psychiatriques : 46 % sont incarcérés pour crime contre 24 % des détenus en 1999, 65 % pour atteinte aux personnes contre 18 %. De même, la structure de leurs pathologies s'écarte de celle des patients pris en charge par les secteurs de psychiatrie générale chez lesquels prédominent les troubles psychotiques et dépressifs. Un tiers des détenus suivis présente en effet des troubles de la personnalité et un quart des troubles liés à une dépendance addictive, 12 % des troubles névrotiques ou anxieux, 8 % souffrent de psychose et 7 % de troubles de l'humeur. Compte tenu des modalités de fonctionnement des SMPR, la prise en charge de ces détenus est essentiellement ambulatoire.*

*Quatre profils types de détenus suivis se dégagent : ceux atteints de troubles de l'humeur et du comportement incarcérés en majorité pour la première fois ; des usagers de substances psycho-actives et incarcérés pour infractions correctionnelles ; des condamnés à de longues peines présentant principalement des troubles sexuels ou de la personnalité ; enfin des détenus souffrant de troubles émotionnels et du comportement, souvent mineurs, et en prison pour de courtes peines.*

**Magali COLDEFY**

Ministère des Affaires sociales, du travail et de la solidarité  
Ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées  
DREES

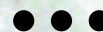
**Patricia FAURE, Nathalie PRIETO**

Groupe français d'épidémiologie psychiatrique (GFEP)

## La santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus accueillis par les services médico-psychologiques régionaux

Jusqu'à présent, la santé mentale des détenus n'avait été étudiée, au plan national, qu'à travers une enquête généraliste, relative à la santé des entrants en prison<sup>1</sup>. Réalisée en 1997 par les équipes médicales de médecine générale chargées des visites d'entrée, cette étude estimait qu'environ 30 % des entrants en prison cumulaient les consommations à risque (alcool, tabac, drogues, psychotropes). Par ailleurs, hors motifs relatifs aux addictions, les médecins prescrivaient une consultation spécialisée en psychiatrie pour près d'un entrant sur dix. En revanche, les pathologies psychiatriques dans le milieu carcéral et les prises en charges spécifiques réalisées n'étaient jusqu'à présent pas connues. C'est pourquoi les équipes de soignants travaillant dans les services médico-psychologiques régionaux (SMPR), chargés de la prévention et de la prise en charge des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire (encadré 1), ont été sollicitées, afin de mener une enquête au mois de juin 2001 auprès des détenus rencontrés lors de l'entretien d'accueil à l'entrée en détention (encadré 2) ou suivis régulièrement dans leur service.

1. MOUQUET Marie-Claude, DUMONT Martine, BONNEVIE Marie-Cécile, « La santé à l'entrée en prison : un cumul de facteurs de risque », Études et Résultats n° 4, janvier 1999, DREES.



**E•1**

**Les services médico-psychologiques régionaux (SMPR)**

*Mis en place en 1986, les services médico-psychologiques régionaux (SMPR) sont chargés de la prévention et de la prise en charge des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire.*

*Rattachés à un établissement de santé, ils constituent la structure de base du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire. Contrairement aux secteurs de psychiatrie générale et infanto-juvénile, leur aire géographique n'est pas définie par référence à une taille de population couverte, mais aux limites géographiques d'une région pénitentiaire.*

*Il existe actuellement en France, 26 SMPR situés dans l'enceinte de deux types d'établissements : des maisons d'arrêt, établissements pénitentiaires recevant les prévenus (détenus en attente de jugement) et les condamnés dont le reliquat de peine est inférieur à un an ou des centres de détention recevant les condamnés considérés comme présentant de bonnes perspectives de réinsertion. Les SMPR ne couvrent pas les maisons centrales, recevant les condamnés aux plus longues peines. Dans les établissements ne disposant pas de SMPR, c'est le secteur de psychiatrie générale ou infanto-juvénile qui intervient. En raison du type de population accueillie dans les établissements disposant d'un SMPR, les flux d'entrée et de sortie sont importants, aussi ces services constituent-ils un lieu propice à un premier dépistage d'éventuelles pathologies mentales.*

*Les derniers SMPR créés sont ceux de Châteauroux et de Pointe-à-Pitre (1997). Certaines régions en sont dépourvues en raison de leur faible population pénale (Auvergne, Corse, Franche-Comté, Guyane, Limousin), laquelle est prise en charge par le SMPR d'une autre région. Au total, en 2001, les SMPR couvraient 144 000 détenus (dont 48 000 présents au 1<sup>er</sup> janvier 2001 et 96 000 incarcérations durant l'année), soit en moyenne 5 500 patients potentiels par SMPR.*

*Sur les 26 SMPR, 20 sont rattachés à des centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie, trois à des centres hospitaliers régionaux, deux à des centres hospitaliers généraux et un à un hôpital psychiatrique privé participant au service public hospitalier.*

*Le SMPR a en charge les soins courants des détenus de son établissement d'implantation et les soins plus intensifs des détenus des établissements pénitentiaires de son secteur. Ils sont en outre chargés du suivi psychiatrique post-pénal, en coordination avec les équipes des secteurs de psychiatrie générale et infanto-juvénile.*

**Les entrants en détention dans les établissements disposant d'un SMPR : majoritairement masculins, célibataires et en grande difficulté d'insertion**

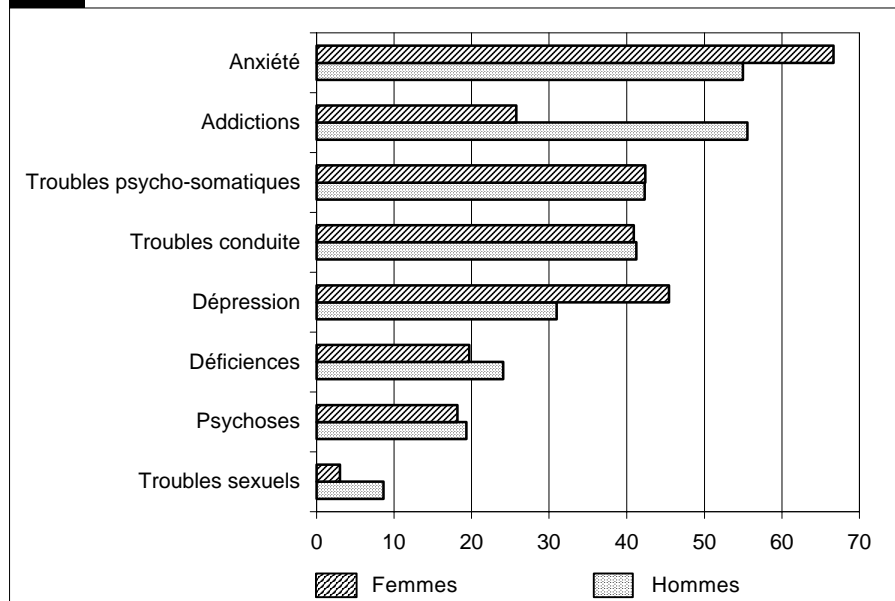
Au cours du deuxième trimestre 2001, l'administration pénitentiaire a enregistré 25 000 entrées dans les maisons d'arrêt et centres pénitentiaires. 10 400 d'entre elles ont eu lieu dans des établissements disposant d'un SMPR<sup>2</sup>, ce qui représente près de 3 500 entrants pour le seul mois de juin. Parmi eux, environ 2 300 entrants ont été accueillis dans les SMPR et enquêtés au cours du mois. Sauf cas exceptionnels (personnes condamnées pour le meurtre ou l'assassinat d'un mineur de quinze ans précédé ou accompagné d'un viol, de tortures ou d'actes de barbarie<sup>3</sup>), ce ne sont pas forcément les personnes susceptibles de nécessiter un suivi médical et psychologique qui sont systématiquement orientées vers les établissements disposant d'un SMPR. Dans l'enquête, seuls 20 détenus ont été transférés dans les maisons d'arrêt disposant d'un SMPR pour motif psychiatrique. En effet, le jugement et l'incarcération s'effectuent dans le département où a été commise l'infraction, département qui ne dispose pas toujours d'un SMPR. En fait, tous les établissements disposant d'un SMPR sont situés dans des pôles urbains, aussi les détenus qu'ils reçoivent peuvent-ils être considérés comme représentatifs d'une population pénale « urbaine ».

Majoritairement masculins (94 % d'hommes), les entrants en détention de ces établissements se distinguent par leur jeune âge (31 ans en moyenne contre 39 ans pour la population française) et par leur forte proportion de célibataires (76 % contre 47 % dans la population générale). Ils se caractérisent également par de grandes difficultés d'insertion sociale : près de 12 % étaient sans domicile fixe et 54 % n'avaient pas d'activité professionnelle lors de leur entrée en détention.

2. Statistiques trimestrielles au 1<sup>er</sup> juillet 2001, ministère de la Justice.

3. Article 718 du Code de procédure pénale.

**G•01** fréquence des troubles à l'entrée selon le sexe parmi les entrants présentant des troubles (55 % des entrants)



Source : enquête nationale sur la population prise en charge par les SMPR, DREES-GFEP, juin 2001.



■ **Les SMPR ont repéré des troubles psychiatriques chez un entrant en détention sur deux.**

Lors de l'entretien d'accueil réalisé par le psychiatre du SMPR, au moins un trouble psychiatrique, de gravité plus ou moins importante, a été repéré chez 55 % des entrants<sup>4</sup>. Les symptômes décrits par les psychiatres sont relativement variés. On distingue principalement les troubles

anxieux (anxiété exprimée, anxiété observée, phobies, pensées obsédantes) repérés chez 55 % des entrants présentant des troubles, les troubles addictifs (tendances addictives, consommation d'alcool : 54 %), les troubles psycho-somatiques (incluant les troubles du sommeil et de l'alimentation : 42 %) et les troubles de conduite (impulsivité, tendance au passage à l'acte, colère, conduite antisociale, excitation psychomotrice... : 42 %). Dans 48 % des cas, les médecins considèrent importants les troubles addictifs (sur une échelle : modéré, moyen, important). C'est le cas de 15 % des troubles anxieux et de 25 % des troubles de conduite.

Les femmes entrant en détention dans les établissements enquêtés présentent un peu plus fréquemment des troubles que les hommes (59 % contre 54 %), lesquels sont de nature sensiblement différente (graphique 1). Ainsi parmi ces dernières, les troubles anxio-dépressifs dominent (67 %), alors que les troubles addictifs arrivent en tête chez les hommes. La prévalence des troubles paraît augmenter avec la durée de condamnation et l'existence d'antécédents judiciaires. Parmi les entrants présentant des troubles, 59 % ont déjà été incarcérés contre 54 % pour l'ensemble des entrants.

Toutes choses égales par ailleurs, la probabilité de présenter des troubles psy-

4. Pour lesquels une présence ou une absence de troubles a été recensée, les psychiatres des SMPR ne s'étant pas prononcés pour 232 détenus.

**E•2**

**L'activité des services médico-psychologiques régionaux (SMPR)**

*L'exploitation des rapports d'activité des SMPR pour l'année 2000 réalisée par la DREES permet de présenter les principales caractéristiques de ces services.*

**Le personnel des SMPR**

*En 2000, 121 médecins (pour la plupart psychiatres) et 100 en équivalent temps plein (ETP) exerçaient dans les 26 SMPR (y compris les attachés, vacataires et contractuels). En moyenne, on comptait ainsi 3,8 médecins en ETP pour 1 600 patients suivis. À ces effectifs de médecins s'ajoutent 9 internes.*

*Les infirmiers (y compris personnel d'encadrement) représentent plus de la moitié des personnels non médicaux : 242 infirmiers en ETP sur les 439 personnels non médicaux. Les psychologues représentent pour leur part 19 % de l'ensemble des personnels non médicaux, avec 77 psychologues ETP répartis sur les 26 SMPR, soit 2,9 psychologues ETP en moyenne par secteur. Quatre SMPR ne comptent toutefois aucun psychologue dans leurs services.*

*Le personnel socio-éducatif (assistants de service social, éducateurs, animateurs) représente environ 10 % du personnel non médical avec 46 ETP. Les masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, ergothérapeutes et psychomotriciens ne sont présents que dans un tiers des SMPR.*

*La structure du personnel exerçant dans les SMPR se différencie de celle observée en psychiatrie générale. La part du personnel médical, des*

*psychologues et des personnels socio-éducatifs y est relativement plus élevée (respectivement 20, 14 et 8 % contre 7, 3 et 3 % dans les secteurs de psychiatrie générale). Celle des personnels infirmiers et autres personnels soignants y est, à l'inverse, moins élevée (44 et 3 % contre 64 et 19 %). Cette différence de structure est en grande partie liée à la nature des prises en charge proposées par les SMPR (essentiellement ambulatoires).*

*Les maisons d'arrêt mettent en outre à disposition des SMPR du personnel de surveillance pénitentiaire : 79 ETP. Cependant, 10 SMPR n'en disposent pas, les 16 autres comptent une moyenne de 5 surveillants en ETP.*

**Les structures de prise en charge**

*Comme en psychiatrie générale ou infanto-juvénile, chaque secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire propose une offre de soins diversifiée : unité d'hospitalisation au sein même du SMPR, prestations ambulatoires, prises en charge à temps partiel (atelier thérapeutique, activité thérapeutique, hôpital de jour...). L'hospitalisation au SMPR se fait avec le consentement du détenu, les hospitalisations d'office ne pouvant être effectuées que dans un établissement de santé habilité par le préfet.*

*Sur l'ensemble des 26 SMPR, 20 disposent ainsi d'un service d'hospitalisation psychiatrique à plein temps, avec un total de 381 lits. Seuls deux SMPR sont organisés pour permettre une permanence de l'équipe soignante durant l'hospitalisation (surveillance infirmière pendant la nuit et astreinte d'un médecin de l'équipe du SMPR). Cinq SMPR disposent également de 93 places d'hospitalisation de jour. Onze SMPR comptent une ou plusieurs antennes implantées dans d'autres établissements de la région pénitentiaire. Enfin, 17 ont mis en place un centre spécialisé de soins aux toxicomanes dont 14 sont constitués en unité fonctionnelle.*

	Effectif total SMPR	ETP* total SMPR	ETP moyen par SMPR	Répartition SMPR (en %)	Répartition secteur de psychiatrie générale <sup>1</sup> (en %)
Médecins	121	99,9	3,8	18,2	6,1
Internes	9	8,5	0,3	1,5	1,1
Secrétaires médicales	54	49,5	1,9	9,0	3,6
Personnel infirmier	255	241,6	9,3	43,9	63,6
Psychologues	96	77,1	3,0	14,0	2,9
Personnel socio-éducatif	50	46,2	1,8	8,4	2,7
Personnel rééducation	12	9,2	0,4	1,7	1,0
Autre personnel soignant	23	18,1	0,7	3,3	19,1
<b>Ensemble du personnel</b>	<b>620</b>	<b>550,1</b>	<b>21,2</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

\* Équivalent temps plein.

1. Rapports annuels de secteurs de psychiatrie générale 1999.

Source : DREES, Rapports d'activité des SMPR 2000.

chiatriques repérés par les SMPR semble croître jusqu'à 45 ans, pour décroître ensuite. Elle est également plus élevée pour les individus sans activité professionnelle avant l'entrée en détention et pour ceux ayant des antécédents judiciaires. Cette probabilité est en outre plus élevée pour ceux qui ont été incarcérés pour une atteinte aux personnes que dans le cas d'une atteinte aux biens, et cet écart se renforce lorsqu'il s'agit d'une infraction criminelle. Ainsi, selon l'enquête, la probabilité de présenter un trouble psychiatrique est de 55 % pour un prévenu de sexe masculin, âgé de 30 ans, sans antécédents judiciaires et incarcéré pour une atteinte aux biens<sup>5</sup>. Elle atteint 60 % s'il a déjà eu affaire à la justice, et 61 % s'il est incarcéré pour crime, à situation de référence identique.

#### ■ Un entrant sur cinq a déjà été suivi par les secteurs de psychiatrie.

La forte proportion de troubles psychiatriques repérés à l'entrée dans les établissements enquêtés est confirmée par des antécédents fréquents de prise en charge de ces détenus pour des problèmes de santé mentale. Au total, un entrant sur cinq a déjà été suivi par le secteur de psychiatrie. Cette proportion atteint 33 % pour les détenus dont un trouble est repéré à l'entrée en détention. Parmi les entrants, 11 % ont ainsi déjà été hospitalisés pour des troubles psychiatriques, 16 % ont déjà été suivis en ambulatoire, 18 % ont déjà bénéficié d'une prise en charge en SMPR et environ 12 % d'une prise en charge spécialisée en matière de toxicomanie ou d'alcool.

#### ■ Un suivi psychiatrique préconisé pour un entrant accueilli sur deux.

Les soignants des SMPR préconisent un suivi pour un entrant sur deux (52 %), soit la quasi-totalité de ceux pour lesquels ils ont identifié des troubles. Pour une partie d'entre eux, la mise en œuvre de ce suivi est rapide : 10 % des entrants en juin ont bénéficié d'un suivi par le SMPR au cours du même mois.

Dans l'enquête réalisée en 1997, les médecins généralistes qui procédaient à l'examen médical général à l'arrivée dans l'ensemble des maisons d'arrêt et quartiers « maisons d'arrêt » des centres pénitentiaires, avaient prescrit une consultation spécialisée en psychiatrie dans 9 %

des cas, une consultation spécialisée en toxicomanie à 7 % des entrants et une consultation en alcoologie à 4 % d'entre eux.

Les différences observées entre ces deux enquêtes pour ce qui concerne la prescription d'un suivi psychologique des entrants en prison (20 % contre 52 %) sont importantes, et ne peuvent s'expliquer par des problèmes directement liés à la santé mentale des détenus, ni par une spécificité massive de la population des détenus accueillis dans les établissements disposant d'un SMPR. La forte proportion de suivis proposés en 2001 tient certainement en partie à la spécialisation des médecins qui ont réalisé l'enquête (tous psychiatres), dont la mission est de détecter ces troubles psychiques, mais aussi au fait qu'un tel suivi est davantage envisageable dans un établissement disposant d'un SMPR<sup>6</sup>. En outre, la durée de l'entretien permet davantage de détecter d'éventuels troubles<sup>7</sup>.

#### *Les détenus suivis par les SMPR : des caractéristiques socio-économiques semblables à celles des entrants en détention*

La moyenne d'âge des patients, qui en juin 2001, faisaient l'objet d'un suivi par les SMPR est de 35,4 ans, proche de celle de la population détenue (34,4 ans au 1<sup>er</sup> janvier 2000 avec une tendance au vieillissement). 51 % d'entre eux ont moins de 34 ans.

Les caractéristiques socio-économiques des détenus suivis sont comparables à celles des personnes enquêtées à l'entrée en détention. La majorité d'entre eux est ainsi célibataire. Parmi les détenus âgés de plus de 25 ans, 28 % vivaient seuls avant leur incarcération et 10 % étaient sans domicile fixe. La moitié n'avait pas d'activité professionnelle à son entrée en détention, et 57 % n'avaient pas été actifs continûment plus de deux ans au cours des cinq années avant leur incarcération. 11 % percevaient le RMI, 4 % des allocations ASSEDIC. Les titulaires de l'Allocation pour adulte handicapé (6 %) ou d'une pension d'invalidité (2 %) sont toutefois en proportion plus élevée que dans la population des entrants, ce qui est cohérent avec l'hypothèse d'un suivi plus intensif.

30 % des détenus suivis par les SMPR l'ont antérieurement été par un secteur de

psychiatrie. 36 % ont déjà été suivis par un SMPR lors d'une précédente détention, 27 % ont bénéficié d'un suivi antérieur en ambulatoire et 22 % ont été hospitalisés en psychiatrie. À noter également que 20 % d'entre eux ont déjà bénéficié d'une prise en charge spécialisée en matière de toxicomanie ou d'alcool.

#### ■ Davantage de femmes suivies que dans l'ensemble de la population pénale.

La population suivie par les SMPR est plus fortement féminisée que la population pénale (10 % contre 4 %). Cette plus grande fragilité des femmes semble assez spécifique de la population des détenus. En effet, l'analyse des patients pris en charge par les secteurs psychiatriques ne montre pas d'écart sensible entre hommes et femmes en population générale (47 % d'hommes, 53 % de femmes)<sup>8</sup>. Les femmes suivies par les SMPR

5. On obtient cette estimation à l'aide d'un modèle logistique sur la probabilité de présenter au moins un trouble à l'entrée en prison.

6. Il s'agit bien ici d'une indication de suivi par le SMPR, alors que dans l'enquête antérieure, il s'agissait d'une prescription de consultation spécialisée.

7. D'autres éléments peuvent également être avancés. Ainsi, selon Marc BESSIN, « on assiste en effet à une tendance forte à la responsabilisation pénale des malades mentaux délinquants. Les experts concluent de plus en plus systématiquement que les personnes présentant des troubles psychiatriques importants sont passibles d'une sanction pénale, surtout s'ils ont commis des actes graves. Il s'ensuit un transfert de charges du sanitaire vers le judiciaire et le pénitentiaire, dont atteste le nombre de plus en plus élevé d'entrants en prison qui étaient préalablement suivis en psychiatrie. »

BESSIN Marc, « La pratique psychiatrique en prison », in *Regards sur l'actualité*, n° spécial 261, mai 2000, La Documentation française, pp.51-59.

8. BOISGUÉRIN Bénédicte, CASADEBAIG Françoise, QUEMADA Nicole, « Enquête nationale sur la population prise en charge par les secteurs de psychiatrie générale, les cliniques privées, et les établissements de réadaptation et de post-cure, mars 1998 », INSERM, Centre collaborateur OMS pour la recherche et la formation en santé mentale, Direction générale de la santé, août 1999.

se distinguent en outre des hommes par un moindre niveau d'insertion professionnelle : 64 % d'entre elles (49 % des hommes) n'exerçaient pas de profession avant l'entrée en détention et 15 % (11 % des hommes) bénéficiaient du RMI. Elles ont en revanche moins d'antécédents judiciaires (34 % contre 57 % des hommes) et pour la majorité d'entre elles (soit 72 % contre 46 % pour les hommes), il s'agit d'une première incarcération.

#### ■ Davantage de condamnés criminels dans la population suivie.

La population suivie par les SMPR compte 69 % de condamnés, ce qui la différencie peu de l'ensemble des détenus (66 % de condamnés au 1<sup>er</sup> janvier 2001). Pour environ la moitié d'entre eux (46 %), il ne s'agit pas de la première incarcération, et 43 % sont condamnés à des peines supérieures à cinq ans (42 % pour l'ensemble des détenus en 2000). Les patients suivis sont, en revanche, nettement plus souvent incarcérés pour des crimes que l'ensemble des détenus (46 %, contre 24 % dans l'ensemble de la population pénale en 1999) ou, plus généralement, pour une atteinte aux personnes (65 % contre seulement 18 %).

#### ■ Plus de troubles de la personnalité et de dépendances aux toxiques que les patients suivis par les secteurs de psychiatrie générale.

Alors que pour les entrants en détention, les équipes médicales ne pouvaient que repérer des symptômes dans un premier temps, l'information médicale sur les détenus suivis par le SMPR est plus complète, et permet d'analyser les pathologies diagnostiquées.

Les troubles de la personnalité, les plus fréquents à être signalés, représentent 34 % des diagnostics, dont un tiers de troubles sexuels (graphique 2). Un quart des détenus suivis souffre de troubles mentaux liés à l'utilisation de substances psycho-actives, dont 29 % relatifs à une dépendance à l'alcool. Les troubles névrotiques et anxieux concernent, quant à eux, 12 % des détenus suivis. 8 % souffrent d'une pathologie psychotique, et parmi eux, la moitié sont schizophrènes.

Enfin, 7 % présentent des troubles de l'humeur (troubles dépressifs, épisodes maniaques...).

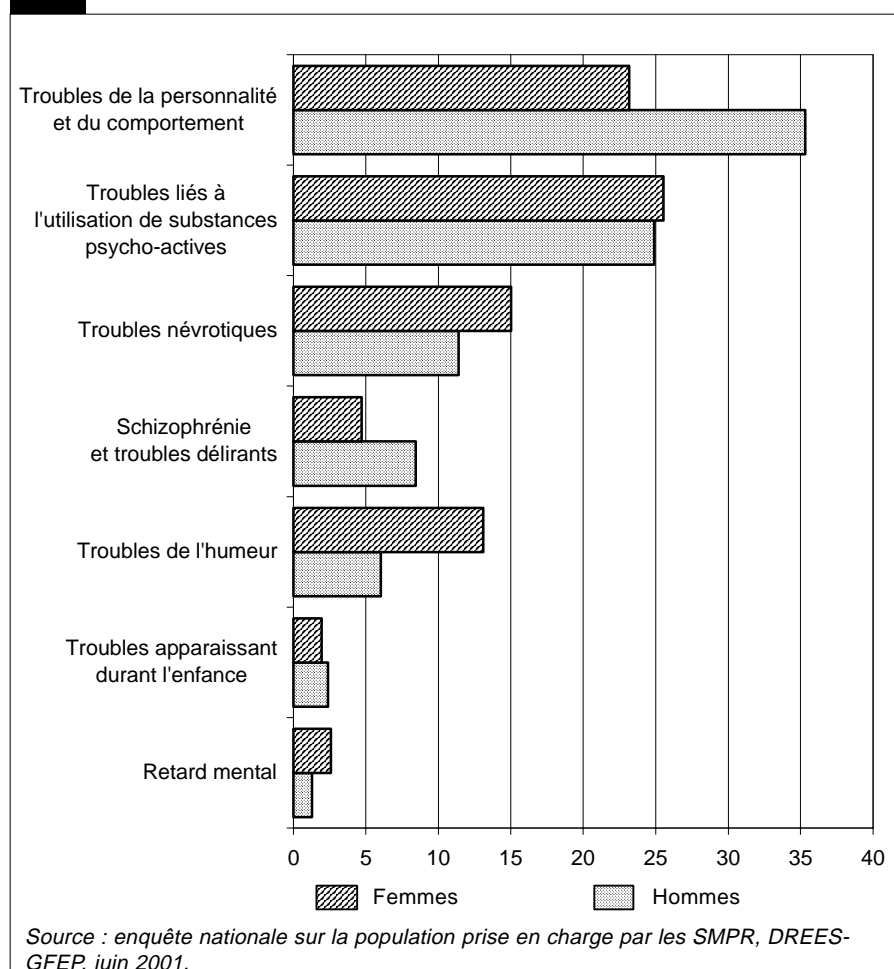
La répartition des pathologies prises en charge dans les SMPR est donc très différente de celle rencontrée chez les patients suivis par les secteurs psychiatriques, où la prévalence des troubles psychotiques et des troubles dépressifs est bien supérieure. Ainsi, compte tenu de leurs caractéristiques en termes de sexe et d'âge, les détenus suivis par les SMPR auraient dû présenter cinq fois plus souvent des troubles psychotiques (schizophrénie et autres troubles délirants) et près de deux fois plus souvent des troubles de l'humeur (dépression...) si leurs pathologies étaient identiques à celles des patients suivis par les secteurs de psychiatrie générale<sup>9</sup>. Les troubles de la personnalité sont *a contrario* trois fois plus importants que dans la population

suivie par les secteurs de psychiatrie générale, et les dépendances plus de deux fois plus fréquentes.

#### ■ Des pathologies diversifiées selon l'âge et le sexe.

La fréquence des pathologies varie sensiblement selon l'âge des détenus suivis. Les détenus les plus jeunes suivis en SMPR sont particulièrement concernés par les troubles liés à la prise de substances psycho-actives : la moyenne d'âge de ceux qui présentent de tels troubles est de 31 ans, si l'on exclut les troubles liés à l'alcool, qui concernent des individus plus âgés (37 ans en moyenne). Puis viennent les troubles psychotiques, qui touchent des détenus âgés en moyenne de 33 ans. Les sujets présentant des troubles de l'humeur (troubles affectifs, dépression) sont ceux qui ont la moyenne d'âge la plus élevée (40 ans).

**G.02** fréquence des grands groupes de pathologies parmi les détenus suivis en SMPR



9. Opus cité.

Le diagnostic de dépendance aux substances psycho-actives est équivalent chez les femmes (26 %, dont un quart dépendantes à l'alcool) et chez les hommes (un quart, dont 30 % dépendants à l'alcool) suivis par les SMPR. En revanche, les troubles de la personnalité sont nettement moins fréquents chez les femmes (23 %

contre 35 % chez les hommes), de même que les pathologies psychotiques (5 %, dont 45 % de schizophrènes). À l'inverse, les troubles névrotiques et anxieux (15 %) et les troubles de l'humeur (13 %) donnent lieu à un suivi plus fréquent chez les femmes détenues que chez les hommes (respectivement 11 et 6 %).

### ■ Une prise en charge essentiellement ambulatoire.

92 % des détenus suivis dans les SMPR l'ont été en ambulatoire, avec des soins dispensés au sein du SMPR ou dans l'établissement de détention. Seulement 7 % ont bénéficié d'une prise en charge à temps partiel, principalement sous la forme d'ateliers ou d'activités thérapeutiques réalisés au sein du SMPR. Enfin, seuls 5 % des détenus ont été pris en charge en hospitalisation à temps complet au sein du SMPR, dont un tiers avec la permanence d'une équipe soignante. En effet, l'hospitalisation avec consentement du détenu en SMPR rencontre d'importantes limites, en raison des contraintes pénitentiaires et s'apparente, de fait, à une hospitalisation de jour ; seuls deux SMPR assurent en effet une permanence de l'équipe soignante durant la nuit<sup>10</sup>.

La prise en charge à temps complet est essentiellement proposée aux hommes (6 % d'entre eux, contre 2 % pour les femmes), aucune place d'hospitalisation à temps plein en SMPR n'étant réservée aux femmes. Les équipes soignantes interviennent donc plus souvent dans l'établissement de détention pour les femmes que pour les hommes, ces derniers pouvant être accueillis au sein même du SMPR. Les mêmes difficultés se rencontrent pour les mineurs qui ne sont pas toujours admis dans le SMPR pour des raisons de sécurité. Ils y viennent par contre pour une activité thérapeutique à temps partiel, et peuvent être inclus dans des activités de groupes avec des majeurs encadrés par l'équipe soignante. Ainsi, 23 % des mineurs ont bénéficié d'une prise en charge à temps partiel, contre 7 % pour l'ensemble des détenus.

Parmi les adultes, la proportion de patients pris en charge à temps complet est cependant plus fréquente chez les plus jeunes (8 % des 18-24 ans) et diminue régulièrement avec l'âge pour atteindre 3 % parmi les plus de 55 ans. Inversement

10. Ces deux SMPR rencontrent par ailleurs, de grandes difficultés de fonctionnement, les règles pénitentiaires interdisant l'accès immédiat la nuit aux personnes détenues. Ministère de l'Emploi et de la solidarité, ministère de la Justice, « Améliorer la prévention et la prise en charge sanitaire des personnes détenues », 2002.

## E•3

### Méthodologie de l'enquête

**C**ette étude épidémiologique concernant les troubles mentaux des entrants en détention et des patients suivis par les SMPR a été réalisée parce qu'il n'existait pas de données nationales précises sur le sujet. L'objectif était d'obtenir des résultats simples, fiables et rapidement exploitables sur les patients suivis par les SMPR. Le questionnaire reprenait donc en très grande partie les données de la « fiche patient » renseignée normalement dans les services.

L'enquête a été conduite au mois de juin 2001 dans 23 SMPR (à l'exception des 3 SMPR des DOM-TOM). Deux sous-populations ont été enquêtées :

- celle des « entrants », comprenant toutes les personnes entrant en détention du 1<sup>er</sup> au 30 juin 2001 dans les centres disposant d'un SMPR ;
- celle des personnes « suivies » comprenant celles qui ont fait l'objet d'un suivi du 1<sup>er</sup> au 30 juin 2001, donc entrées auparavant en détention dans ces établissements.

Durant le mois de juin 2001, chaque équipe a rempli un questionnaire décrivant les caractéristiques socio-démographiques de chaque nouvel entrant en détention et des personnes suivies en SMPR, leur parcours judiciaire, leurs troubles psychiatriques patents avec une liste de symptômes graduée en modalités de prises en charge. Chaque patient n'a fait l'objet que d'un seul recensement, même s'il a été vu plusieurs fois au cours du mois de juin.

Les deux sous-populations ont été enquêtées à l'aide de deux questionnaires distincts. Le questionnaire A, destiné aux entrants, comprenait une fiche « données générales » (regroupant sexe, âge, statut marital, situation professionnelle, situation pénale, antécédents), une fiche « troubles à l'entrée » (absence ou présence de troubles psychiatriques patents avec une liste de symptômes graduée en modéré, moyen, important), et une fiche de « suivi » (diagnostic CIM10 – détaillé dans le glossaire des troubles mentaux –, modalités de prise en charge) utilisée si le sujet entrant était revu au cours du mois de juin. Le questionnaire B, destiné aux patients suivis par les SMPR, comprenait seulement la fiche « données générales » et la fiche « suivi ».

Certains SMPR effectuent un entretien systématique avec les nouveaux arrivants d'autres établissements de leur région pénitentiaire. C'est le cas notamment des SMPR de Caen, Rennes et Nantes, qui l'effectuent pour la maison d'arrêt et le centre pénitentiaire. À l'inverse, les SMPR des Baumettes à Marseille et La Santé à Paris ne réalisent pas d'habitude cet entretien systématiquement, mais, pour les besoins de l'enquête, ils ont modifié leurs pratiques pour examiner chaque entrant.

Pour évaluer le taux de couverture de l'enquête, le nombre de questionnaires « Entrants » reçus a donc été rapporté à l'ensemble des incarcérations de juin 2001<sup>1</sup> pour les établissements où les SMPR ont réalisé cet entretien d'accueil pour l'enquête.

Le taux moyen de réponse au questionnaire « Entrant » est de 68 %. La moitié des SMPR a un taux de réponse supérieur à 79 %, dont trois supérieur à 100 % en raison d'une activité d'accueil couvrant également les entrants d'autres établissements. À l'opposé, quatre SMPR présentent un taux inférieur à 41 %.

Ne disposant pas de données valides sur la file active mensuelle suivie dans les SMPR, il n'a pas été possible d'évaluer le taux de réponse concernant cette population. En revanche, parmi les répondants, la non-réponse partielle est très faible sur les variables de diagnostic : un seul diagnostic en classification CIM-10 pouvait être porté, il était renseigné pour plus de 90 % des sujets suivis.

Pour les entrants comme pour les suivis, les nombres de réponses hebdomadaires ont été relativement stables. On ne peut donc pas en inférer de dégradation du taux de réponse au fil du temps.

1. Estimation à partir des statistiques trimestrielles de l'Administration pénitentiaire.

la part de détenus suivis en ambulatoire augmente avec l'âge, de 90 % pour les 18-24 ans à 95 % pour les 55 ans et plus.

Comme en population générale, le type de prise en charge est fortement différencié selon les pathologies traitées. Ainsi, 22 % des patients souffrant de schizophrénie et autres troubles délirants ont été suivis à temps complet, contre 5 % en moyenne. Les troubles de l'humeur font également davantage l'objet de soins à temps complet (8 %). En ambulatoire, ce sont les troubles liés à une forte consommation d'alcool et les troubles névrotiques qui sont davantage traités (95 % et 97 % contre 92 % en moyenne).

#### Quatre profils types de détenus suivis dans les SMPR

Une analyse des correspondances multiples suivie d'une classification, construites à partir des caractéristiques sociales, médicales et judiciaires des patients permet de distinguer quatre profils types de détenus suivis par les SMPR (encadré 4).

#### ■ Des détenus, souffrant de troubles névrotiques ou de troubles de l'humeur, incarcérés en majorité pour la première fois.

Ces détenus sont plus fréquemment suivis par le SMPR pour des troubles névrotiques, liés à des facteurs de stress ou des troubles de l'humeur (troubles affectifs, dépressions). Ces troubles, parfois transitoires, peuvent apparaître en réaction à l'entrée en détention, ce que suggèrent les caractéristiques de cette population : constituée essentiellement de prévenus, elle compte majoritairement des détenus incarcérés pour la première fois. L'infraction pour laquelle ils sont en attente de jugement est pour 51 % d'entre eux de nature criminelle (contre 46 % pour l'ensemble des détenus suivis). Il s'agit de personnes relativement bien insérées socialement avant leur détention : un quart sont mariés et 67 % vivaient en couple ou en famille à la date de leur incarcération (63 % dans l'ensemble), les sans domicile fixe (SDF) y sont peu nombreux. Enfin, 70 % n'ont pas eu de suivi antérieur en psychiatrie. L'incarcération peut ainsi constituer un traumatisme pour certains détenus et révéler ou aggraver des pathologies (graphique 3).

#### ■ Des détenus, souffrant de troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives, condamnés pour infractions correctionnelles et atteinte aux biens.

Ces détenus souffrent plus fréquemment que la moyenne de troubles liés à l'utilisation de substances psycho-actives (drogue et alcool dans une moindre mesure). Ils sont nombreux à avoir été suivis auparavant en psychiatrie générale, surtout dans le cadre d'un dispositif spécialisé de lutte contre la toxicomanie. Cette population jeune (69 % ont entre 18 et 34 ans, contre 49 % en général), vit plus souvent que la moyenne isolée et dans des conditions sociales défavorisées : 64 % étaient sans activité professionnelle avant l'entrée en détention (50 % pour l'ensemble des suivis), 19 %

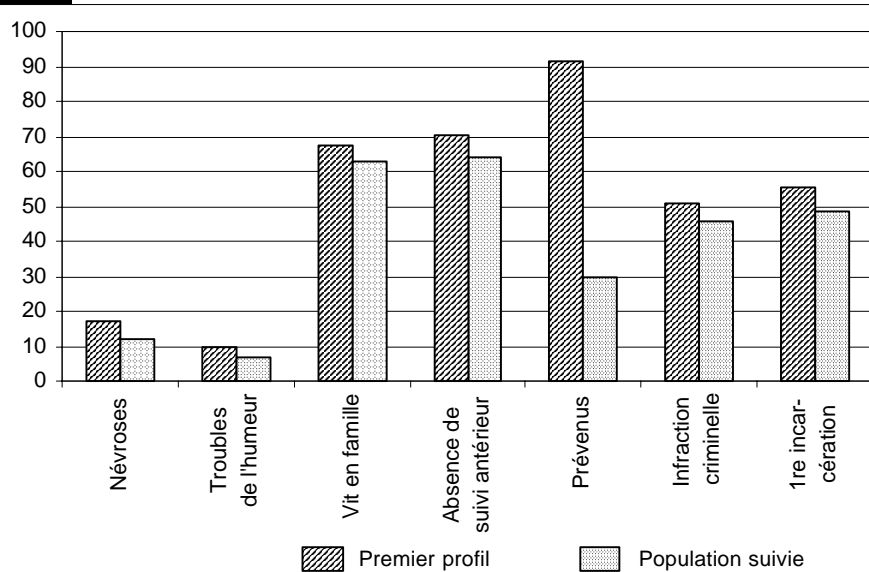
percevaient le RMI (contre 11 %) et 15 % étaient SDF (10 % dans l'ensemble).

Ce deuxième groupe de détenus compte essentiellement des condamnés pour infraction correctionnelle et atteinte aux biens (vols, recels, escroqueries, abus de confiance, destructions, dégradations...). Ils sont condamnés pour des durées variables, allant d'un mois à cinq ans. 80 % d'entre eux ont des antécédents judiciaires (contre 55 % pour l'ensemble) et 71 % n'en sont pas à leur première incarcération (graphique 4).

#### ■ Des détenus, souffrant principalement de troubles sexuels et de la personnalité, condamnés à de longues peines.

Ce troisième groupe compte un quart de détenus suivis pour des troubles sexuels (troubles de l'identité, de la pré-

G.03 caractéristiques du premier profil type



Source : enquête nationale sur la population prise en charge par les SMPR, DREES-GFEP, juin 2001.

#### E.4

#### Construction des profils types de détenus

Les quatre profils types de détenus ont été construits à partir d'une analyse des correspondances multiples réalisée sur l'ensemble des détenus suivis par les SMPR. Les variables actives retenues sont : les diagnostics, les variables socio-démographiques (sexe, âge, situation familiale, sans domicile fixe, mode de vie, RMI, activité professionnelle antérieure), le suivi psychiatrique antérieur et les variables judiciaires (statut de condamné ou de prévenu, nature de l'infraction, durée d'incarcération, antécédents judiciaires). Les modalités de prise en charge ont, quant à elles, été placées en variables illustratives.

Une classification a ensuite été réalisée sur les coordonnées des individus sur les 15 premiers axes de l'analyse des correspondances.

férence ou du développement sexuels) [contre 11 % pour l'ensemble des détenus suivis] et 30 % de détenus atteints de troubles de la personnalité et du comportement (paranoïa, personnalité dyssoziale, troubles des habitudes et des impulsions) [contre 23 %]. Plus âgés que ceux des groupes précédents (54 % ont plus de 40 ans, contre 31 % pour l'ensemble des patients suivis), ces détenus

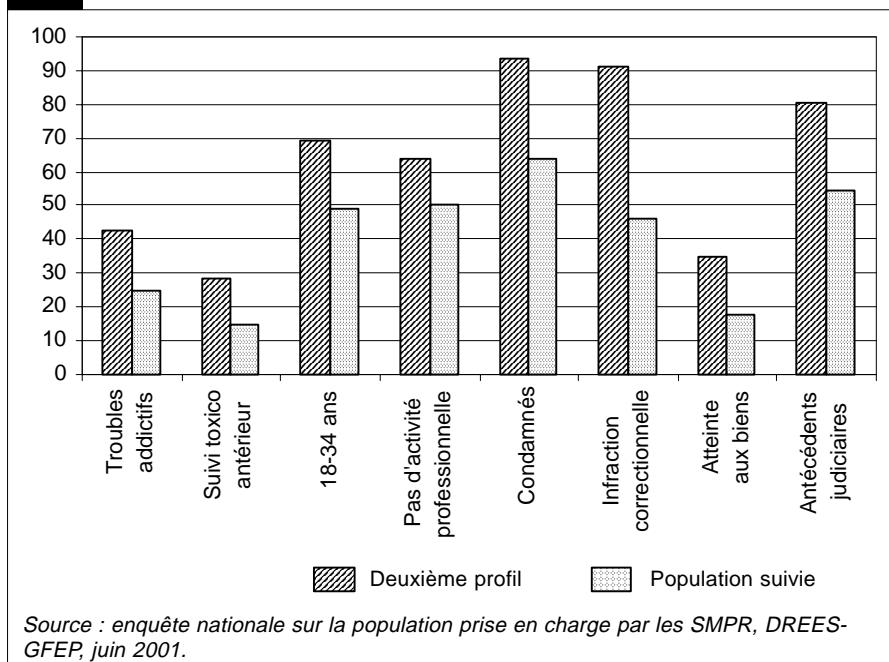
sont plus souvent divorcés ou veufs. Ils étaient relativement bien intégrés socialement avant leur incarcération, 69 % vivant en famille ou en couple, 61 % exerçant une activité professionnelle (contre 43 % pour l'ensemble). 44 % d'entre eux ont déjà bénéficié d'un suivi en SMPR, mais ils n'ont généralement pas fait l'objet d'un suivi psychiatrique ordinaire par le passé. Au sein du SMPR, ils

reçoivent plus fréquemment que les autres des soins ambulatoires dans l'établissement de détention. Ce troisième groupe de détenus est majoritairement constitué de condamnés à une durée d'incarcération supérieure à cinq ans. La nature de l'infraction est pour 91 % d'entre eux criminelle et, pour 78 %, il s'agit d'une atteinte aux personnes (homicides, coups et violences, viols) [contre respectivement 46 et 42 %]. 60 % d'entre eux n'ont pas d'antécédents judiciaires et 71 % en sont à leur première incarcération (graphique 5).

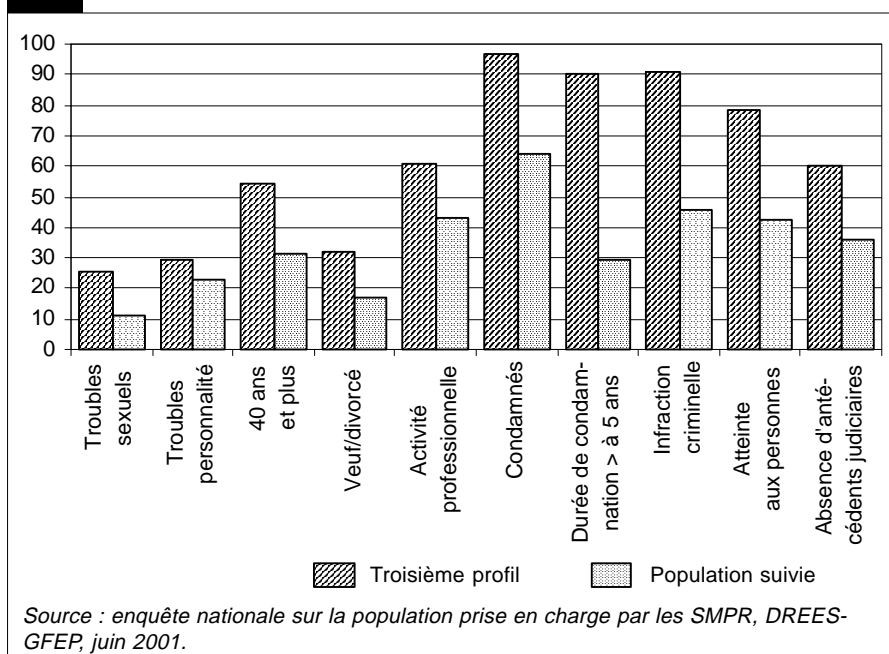
■ **Des détenus, pour 40 % d'entre eux mineurs, souffrant de troubles émotionnels et comportementaux apparus durant l'enfance, et souvent condamnés à de courtes peines.**

Un dernier groupe de détenus est constitué pour 40 % de mineurs, dont un tiers vivait en collectivité lors de son incarcération. 51 % d'entre eux souffrent de troubles du comportement et de troubles émotionnels, qui apparaissent habituellement durant l'enfance et l'adolescence (troubles hyperkinétiques, troubles de conduite...), contre seulement 2 % pour l'ensemble des patients suivis. Cette population semble davantage bénéficier que les autres d'un suivi à temps partiel au sein du SMPR, sous forme d'activités thérapeutiques. Il s'agit davantage de prévenus ou de condamnés pour de courtes peines (inférieures à six mois). La nature de l'infraction est souvent correctionnelle et porte atteinte aux biens. 67 % avaient déjà des antécédents judiciaires (graphique 6).

**G.04** caractéristiques du deuxième profil type



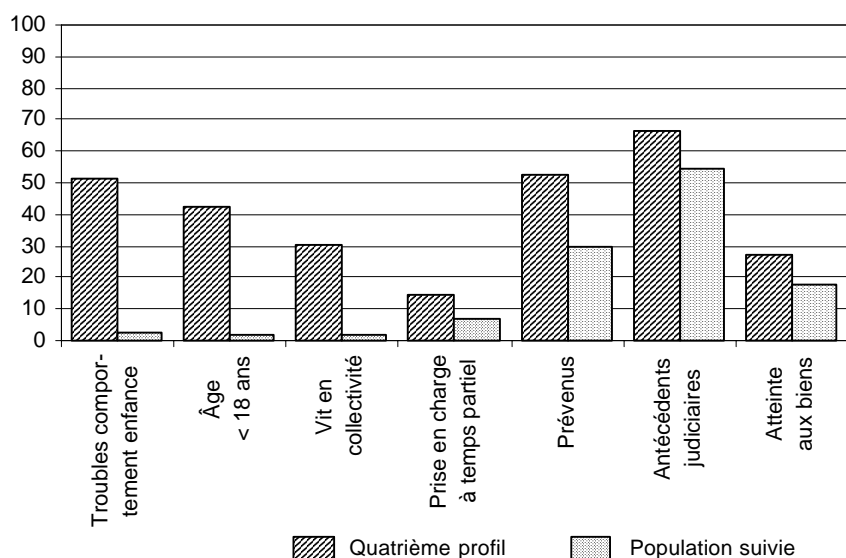
**G.05** caractéristiques du troisième profil type





G  
06

caractéristiques du quatrième profil type



Source : enquête nationale sur la population prise en charge par les SMPR, DREES-GFEP, juin 2001.

Glossaire judiciaire

**Prévenu**

Personne détenue dans un établissement pénitentiaire qui n'a pas encore été jugée ou dont la condamnation n'est pas définitive.

**Condamné**

Personne détenue dans un établissement pénitentiaire en vertu d'une condamnation judiciaire définitive.

**Maison d'arrêt**

Établissement pénitentiaire qui reçoit les prévenus et les condamnés dont le reliquat de peine est inférieur à un an.

**Centre de détention**

Établissement pénitentiaire qui reçoit des condamnés dont le reliquat de peine est supérieur à trois ans, mais considérés comme présentant de bonnes perspectives de réinsertion, d'où un régime de détention principalement orienté vers la resocialisation des détenus.

**Maison centrale**

Établissement pénitentiaire qui reçoit des condamnés dont le reliquat de peine est supérieur à un an, mais considérés comme les plus difficiles, d'où un régime de détention essentiellement axé sur la sécurité.

**Centre pénitentiaire**

Établissement pénitentiaire qui comprend au moins deux quartiers à régimes de détention différents (maison d'arrêt et centre de détention par exemple).

**Infraction**

Trois catégories d'infraction sont distinguées, selon leur gravité et les peines encourues : les contraventions, les délits et les crimes. Les contraventions de 5<sup>e</sup> catégorie et les délits relèvent du tribunal correctionnel, les crimes de la cour d'assises.

Pour en savoir plus

● BESSIN Marc, « La pratique psychiatrique en prison », in Regards sur l'actualité, n° spécial 261, mai 2000, La Documentation française, pp.51-59.

● BOISGUÉRIN Bénédicte, CASADEBAIG Françoise, QUEMADA Nicole, « Enquête nationale sur la population prise en charge par les secteurs de psychiatrie générale du 16 mars au 29 mars 1998 », DGS-INSERM, 1999.

● BRINDED P.-M. et alii, « Prevalence of psychiatric Disorders in New Zealand Prisons : a National Study », N Z J of Psychiatry 2001, 35 (2) : 166-73.

● BROOKE D. et alii, « Point Prevalence of Mental Disorders in Unconvicted Male Prisoners in England and Wales », BMJ, 1996, 313 (7071) : 1524-7.

● CASSAN F., MARY-PORTAS F.-L., « Précocité et instabilité familiale des hommes détenus », INSEE Première, n° 828, février 2002.

● DAVID M., « Psychiatrie en milieu pénitentiaire », PUF, mai 1993.

● DELABRUYERE D., KENSEY A., « La population carcérale baisse depuis 1997 », Infostat Justice, n° 56, septembre 2000.

● DORMOY Odile (sous la direction de), « Soigner et/ou punir : questionnement sur l'évolution, le sens et les perspectives de la psychiatrie en prison », Ed. L'Harmattan, 1995.

● JOUKAMAA M., « Psychiatric Morbidity Among Finnish Prisoners with Special Reference Demographic Factors: Results of the Health Survey of Finnish Prisoners (Wattu Project) » ; Forensic SCI Int, 1995, 22, 73 (2) : 85-91.

● KENSEY A., CASSAN F., TOULEMON L., « La prison : un risque plus fort pour les classes populaires », Cahiers de démographie pénitentiaire, n° 9, décembre 2000.

● Ministère de l'Emploi et de la solidarité, ministère de la Justice, « Améliorer la prise en charge sanitaire des personnes détenues », 2002.

● MOUQUET Marie-Claude, DUMONT Martine, BONNEVIE Marie-Cécile, « La santé à l'entrée en prison : un cumul des facteurs de risque », Études et Résultats n° 4, DREES, janvier 1999.

● MOUQUET Marie-Claude, « La santé des entrants en prison en 1997 », Document de travail n° 4, mai 1999, (Coll. Études et Statistiques) DREES.

9

## Glossaire relatifs aux troubles mentaux et du comportement (CIM 10)

### **Troubles mentaux organiques**

Troubles ayant une origine organique, incluant la démence de la maladie d'Alzheimer.

### **Troubles mentaux et du comportement liés à des substances psycho-actives**

Troubles très divers allant de l'intoxication aiguë, aux syndromes de dépendance ou de sevrage (drogues, alcool, etc.), aux troubles mentaux sévères.

### **Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants**

Sont regroupés ici la schizophrénie et les autres troubles psychotiques, non organiques et non induits par la prise de substances (hallucinations, perturbations des perceptions).

### **Troubles de l'humeur**

Troubles qui se manifestent soit par une dépression soit par une exaltation : épisodes maniaques, dépressifs, psychoses maniaco-dépressives.

### **Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes**

Troubles anxieux (phobie, obsession, anxiété généralisée...), troubles liés à un événement (stress aigu, traumatisme) ainsi que troubles psychosomatiques.

### **Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques**

Troubles de l'alimentation et du sommeil.

### **Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte**

Ils se traduisent par des comportements inadaptés qui sont l'expression caractéristique de la manière de vivre de l'individu, de concevoir sa propre personne et d'établir des rapports avec autrui.

Plusieurs types de personnalités sont distingués (personnalités paranoïaque, schizoïde, dyssociale, émotionnellement labile, hystérique, obsessionnelle, anxieuse, dépendante, autres). Sont inclus dans cette catégorie les différents troubles sexuels.

### **Retard mental**

Arrêt ou développement incomplet du fonctionnement mental, caractérisé par une altération des fonctions cognitives, du langage, de la motricité et des capacités sociales.

### **Troubles du développement psychologique**

Repérables chez l'enfant et l'adolescent, ils comprennent les troubles du développement de la parole et du langage, des acquisitions scolaires, du développement moteur ou autre (autisme).

### **Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence**

Il s'agit de troubles tels que l'hyperactivité, les troubles de conduite (agressivité, comportement dyssocial) ou les troubles du fonctionnement de l'enfance ou de l'adolescence (dépendance excessive, tics, bégaiement, énurésie...).

## *Études et Résultats* derniers numéros parus

- Claire BAUDIER-LORIN et Benoît CHASTENET :  
« *Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 2001* »,  
Études et résultats n° 180, juillet 2002.
- Bénédicte BOISGUÉRIN :  
« *La CMU au 31 mars 2002* »,  
Études et résultats n° 179, juillet 2002.
- Roselyne KERJOSSE : « *L'allocation personnalisée d'autonomie au 31 mars 2002* »,  
Études et résultats n° 178, juin 2002.
- Bureau des établissements de santé  
avec la collaboration de Frédéric BOUSQUET  
et de Namik TARIGHT :  
« *L'activité des établissements de santé en 2000 :  
des évolutions diverses selon les secteurs hospitaliers* »,  
Études et résultats n° 177, juin 2002.
- Blanche Le BIHAN avec la collaboration  
de Claude MARTIN, Marie-Ève JOËL  
et Anaïs COLOMBINI : « *La prise en charge  
des personnes âgées dépendantes en Allemagne,  
Espagne, France, Italie, Royaume-Uni et Suède :  
une étude de cas-types* »,  
Études et résultats n° 176, juin 2002.
- Catherine BAC et Gérard CORNILLEAU :  
« *Comparaison internationale des dépenses de santé :  
une analyse des évolutions dans sept pays depuis 1970* »,  
Études et résultats n° 175, juin 2002.
- Sylvie Le MINEZ, Bertrand LHOMMEAU,  
Muriel PUCCI : « *L'impact des prestations  
familiales sur le revenu des ménages en 2001 :  
une estimation à l'aide du modèle  
de microsimulation INES* »,  
Études et résultats n° 174, mai 2002.
- Murielle MONROSE : « *Les Fonds d'aide aux  
jeunes : bilan de l'année 2001* »,  
Études et résultats n° 173, mai 2002.
- Didier BALSAN, Sandrine CHAMBARETAUD :  
« *Les ventes d'anti-acides et d'anti-ulcéreux  
depuis vingt ans : des substitutions en faveur  
des médicaments les plus récents* »,  
Études et résultats n° 172, mai 2002.
- Blanche SEGRESTIN, Dominique TONNEAU :  
« *La réduction du temps de travail  
dans les établissements privés sanitaires,  
médico-sociaux et sociaux* »,  
Études et résultats n° 171, mai 2002
- Philippe ROUSSEL : « *L'activité des groupements  
mutualistes, une rétrospective de 1991 à 1999* »,  
Études et résultats n° 170, mai 2002.
- Sophie AUDRIC et Xavier NIEL :  
« *La mobilité des professionnels de santé salariés  
des hôpitaux publics* »,  
Études et résultats n° 169, avril 2002.
- Marc BEUDAERT : « *La situation économique  
et financière des cliniques privées de 1999 à 2000* »,  
Études et résultats n° 168, avril 2002.
- Sergine TELLIER avec la collaboration  
de Christine de PERETTI et Bénédicte  
BOISGUÉRIN : « *Qui sont les patients  
des consultations externes hospitalières ?* »,  
Études et résultats n° 167, avril 2002.
- Didier BALSAN et Sandrine CHAMBARETAUD :  
« *Les dépenses de médicaments remboursables  
entre 1998 et 2001* »,  
Études et résultats n° 166, avril 2002.
- Marie AVENEL : « *Les opinions des personnes  
en difficulté interrogées aux guichets d'organismes  
sociaux vis-à-vis des aides au logement* »,  
Études et résultats n° 165, mars 2002.
- Christine BONNARDEL avec la collaboration  
d'Annie MESRINE : « *Les dépenses d'aide sociale  
de 1996 à 2000* »,  
Études et résultats n° 164, mars 2002.
- Magali COLDEFY, Frédéric BOUSQUET,  
avec la participation de Gilbert ROTBART :  
« *Une typologie des secteurs de psychiatrie générale  
en 1999* »,  
Études et résultats n° 163, mars 2002.
- Élisabeth ALGAVA :  
« *Quel temps pour les activités parentales ?* »,  
Études et résultats n° 162, mars 2002.

### *Pour obtenir Études et Résultats*

Écrire au ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées, secrétariat de rédaction de la DREES, 11, place des Cinq martyrs du Lycée Buffon, 75696 Paris cedex 14 ● Envoyer une télécopie au 01 40 56 88 00 ● Consulter l'intégralité des textes sur le site Internet du ministère [www.sante.gouv.fr/htm/publication](http://www.sante.gouv.fr/htm/publication)

Ministère des Affaires sociales, du travail et de la solidarité  
Ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées

11, place des Cinq martyrs du Lycée Buffon  
75696 Paris cedex 14

Pour toute information sur nos publications récentes :

**Internet** : [www.sante.gouv.fr/htm/publication](http://www.sante.gouv.fr/htm/publication)

- un hebdomadaire :

### **Études et Résultats**

consultable sur Internet

abonnement gratuit à souscrire auprès de la DREES

télécopies : 01 40 56 80 38

[www.sante.gouv.fr/htm/publication](http://www.sante.gouv.fr/htm/publication)

- trois revues trimestrielles :

### **Revue française des affaires sociales**

revue thématique

dernier numéro paru :

« Sans-logis et squatters : auto-organisation et mobilisation collective »

n° 2, avril-juin 2002

### **Dossiers Solidarité et Santé**

revue thématique

dernier numéro paru :

« Les dépenses de santé », n° 1, janvier-mars 2002

### **Cahiers de recherche de la MiRe**

- des ouvrages annuels :

### **Annuaire des statistiques sanitaires et sociales**

### **Données sur la situation sanitaire et sociale en France**

- et aussi...

### **Chiffres et indicateurs départementaux, édition 1998**

### **Indicateurs sociosanitaires**

### **comparaisons internationales - évolution 1980-1994**

(Allemagne, Canada, États-Unis, France, Québec, Royaume-Uni)

### **Chiffres repères sur la protection sociale dans les pays de l'Union européenne**

### **STATISS, les régions françaises**

Résumé des informations disponibles dans les services statistiques des DRASS

consultable sur Internet :

[www.sante.gouv.fr/drees/statiss/default.htm](http://www.sante.gouv.fr/drees/statiss/default.htm)

Les revues et ouvrages sont diffusés par la Documentation Française

29, quai Voltaire - 75344 Paris cedex 07

tél. : 01 40 15 70 00

**Internet** : [www.ladocfrancaise.gouv.fr](http://www.ladocfrancaise.gouv.fr)