

Surmortalité en sortie de détention : la continuité de soin, un enjeu vital ?

Dr Laurent Gétaz

[L'article du jour](#) est paru dans le Lancet en mai 2024. Il documente la mortalité et ses causes après une détention et permet de discuter des conséquences de ces données sur l'importance de garantir une continuité des soins aux personnes détenues.

Epidémiologie

- Dans le monde, 11 millions de personnes sont détenues à un temps T, avec > 30 millions d'entrées/sorties par année.
- En Suisse, 6310 personnes sont actuellement en détention (80/100 000 habitants), pour 20'000 entrées/sorties par année.
- A Genève, il y a 130-170 détenus pour 100'000 habitants, avec 2000 entrées/sorties par an.

La morbidité d'une personne augmente lors de sa détention, car celle-ci accumule alors des déterminants sociaux négatifs pour la santé.

Les maladies infectieuses, non-transmissibles, psychiatriques et dépendances sont plus prévalentes dans la population carcérale que dans la population générale.

Les difficultés présentes à l'incarcération sont souvent aggravées à la libération: accès au logement, à l'emploi et aux soins de santé.

Deux études internationales ont montré un taux de décès après libération plus élevé que la population générale, mais leur taille et puissance sont insuffisantes pour proposer une prévention ciblée (causes spécifiques? facteurs de risque de décès?)...

C'est pourquoi les auteurs de [l'étude](#) documentent: l'incidence, le moment, les causes et les facteurs de risque de mortalité après une sortie de prison.

Il s'agit d'une méta-analyse de données des participants de 18 études entre 1980 et 2018. Elle analyse les résultats en matière de mortalité de presque 1,5 million de personnes.

Les personnes sont suivies entre 1 mois et 24 ans après la libération...ce qui fait plus de 10 millions personnes-année de suivi.

Une estimation des taux bruts de mortalité est faite pour toutes causes confondues et par causes spécifiques.

L'importance de l'échantillon permet d'analyser par périodes: J1-14, sem 3-12, sem 13-53 ...

Les résultats sont stratifiés par âge, sexe et région.

Australia and New Zealand 488'000 (de 6 cohortes) 33.2%
Europe (Ecosse, Norvège, Suède) 245'000 (de 3 cohortes) 16.7%
USA and Canada 655'000 (de 8 cohortes) 44.5%
Brazil 82'500 (1 cohorte) 5.6%

Résultats

88% d'hommes, 12% de femmes, ce qui correspond à la répartition habituelle.

75 500 décès sont rapportés, avec un taux brut de mortalité toutes causes confondues de 725 décès pour 100'000 personnes-années.

Le taux de mortalité entre les femmes (660) et les hommes (731) ne montre pas de différence significative.

La méta-régression montre un taux de mortalité toutes causes similaire jusqu'à 34 ans puis double entre 35 et 49, et quadruple > 50 ans.

	Mortalité selon la tranche d'âge (pour 100'000 personnes-années)			
	16-25 ans	25-34 ans	35-49 ans	≥50 ans
Personnes libérées Étude Borschmann	471		912	2'210
Suisse (2022)* Population générale	35		98	424 (50-65 ans)
France (2021)** Population générale	57		178	677 (50-65 ans)

*Observatoire Suisse de la Santé, 2022 (avec pondération 88%♂, 12%♀)

**Institut national d'études démographiques, France, 2021 (pondération 88%♂, 12%♀)

Comparé à la population générale en Suisse et en France, c'est 11x de mortalité chez les 16-34 ans, 7x plus chez les 35-49 ans et 4x plus au-dessus de 50 ans.

Causes de décès

Les trois principales causes de décès sur l'ensemble du suivi sont les overdoses, les maladies cardiovasculaire et les cancers. Cette dernière cause surprend un peu.

- 50% des décès sont imputables aux addictions: intoxications, violences interpersonnelles, suicides, accidents et autres blessures...
- 40% sont imputables aux maladies non-transmissibles: cardiovasculaires, cancers, maladies hépatiques, diabète, pneumopathies chroniques
- 5% aux maladies infectieuses: HIV, TBc, infections respiratoires

Selon sexe/age

Le taux de mortalité lié aux maladies cardiovasculaires et aux accidents de transport est plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Pas de différences pour les autres causes.

Le taux de mortalité pour les maladies infectieuses et non transmissibles augmente avec l'âge, sans surprise. A noter qu'il n'y a pas de différence pour les suicides ni les overdoses en fonction des tranches d'âge!

Selon période post libération

Le taux de mortalité brut toutes causes confondues est le plus élevé pendant la première semaine après la libération, il se divise de moitié aux sem 3-4 pour se stabiliser ensuite.

Le première semaine, les principales causes de décès sont les overdoses (intoxications OH et autres drogues) principalement, et les suicides.

Discussion

Le taux de mortalité après libération est très élevé et de causes évitables, en particulier pendant les premières semaines. La première cause est l'intoxication OH / drogues.

Il est donc essentiel d'optimiser la continuité des soins dès la sortie de prison: suivi addictologique et traitement des maladies mentales, afin de prévenir les décès par overdose et suicide.

De plus, et c'est un point faible en Suisse, l'accompagnement social des personnes en détention est capital, puisque l'impact du logement, du travail, d'un revenu minime est majeur sur la santé mentale.

A Genève, il y a 2000 sorties par an, ce qui représente 2 décès dans les 2 semaines de la libération par année et 15 décès par année dans cette population, (moyenne d'âge 33 ans).

La majeure partie des personnes en détention sont migrantes (92%). 66% n'ont ni permis de séjour ni assurance maladie. Si leur suivi est garanti par la loi au sein de la prison (principe d'équivalence des soins), les personnes sans assurance n'ont plus accès aux soins à la sortie...

Il y a un transfert des causes de mortalité, allant des maladie infectieuses (1/20 décès) aux maladies non-transmissibles (40%), qui s'explique par une moyenne d'âge plus élevée des personnes en détention et par le fait qu'il s'agit d'une première étude avec un suivi si long.

Implications pratiques

- En détention: renforcer la prévention, promotion de la santé, dépistage, traitement → lutte anti tabac, hépatites C... a bénéfice sociétal
- Dans la communauté: considérer un antécédent de détention comme un facteur de risque pour la santé mentale ET les maladies chroniques.

Limitations

- Validité externe? pas de cohorte Suisse...

Par contre le type de population au sein de nos prisons est le mieux représenté par les cohorte européennes (Suède, Norvège, Ecosse), et la mortalité au sein des cohortes européenne est encore plus élevée (↑ 35%), y compris la 1ère semaine (↑ 70%, soit de 1612 à 2762 /100'000 p-a).

Questions

Quel est l'accompagnement médical qui est déjà en place aujourd'hui?

- Initier traitement, examens, prise en charge au cours de la détention (cherche à couvrir LaMal), ce qui n'est pas fait dans tous les cantons.
- Grande difficulté: Libérations intempestives → sans prévenir, le patient est soudainement libéré dans l'heure, pas le temps de le revoir.... → prévenir en ajoutant le dossier médical/ordonnance aux affaires à récupérer de la personne libérée, s'assurer qu'une prise en charge en communauté est prévue à la sortie (voire même sur France).

Y a-t-il une variabilité de la mortalité en fonction de la politique migratoire de chaque pays?

- L'étude n'a pas stratifié en fonction de cette donnée...certains pays respectueux des droits de l'homme présentent une surmortalité importante, sans pouvoir en tirer de conclusion...



Compte-rendu de Valentine Borcic
valentine.borcic@gmail.com
Transmis par le laboratoire MGD
colloque@labomgd.ch