



Université Lille 2
Droit et Santé

UNIVERSITÉ DU DROIT ET DE LA SANTÉ - LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2014

THÈSE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Clinique de l'isolement en milieu carcéral

Présentée et soutenue publiquement le 7 juillet 2014 à 18h
Au Pôle Formation
Par Isabelle MEYER

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA

Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Monsieur le Docteur Ali AMAD

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Ali AMAD

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	1
RESUME	2
INTRODUCTION	3
I. MANIFESTATIONS CLINIQUES DE L'ISOLEMENT	5
A. Situations d'isolement social	5
B. Situations d'isolement physique	8
1. Isolement thérapeutique	8
2. Expéditions scientifiques	10
3. Confinement solitaire et isolement sensoriel.....	12
C. Implications pour l'isolement carcéral	14
II. DECLINAISON DES DIFFERENTS TYPES D'ISOLEMENT EN MILIEU CARCERAL	16
A. Isolement et système pénitentiaire	16
1. L'isolement comme mesure pénale	16
2. L'isolement dans le système pénitentiaire français	20
3. L'utilisation du confinement solitaire	23
4. La population isolée	25
B. Particularités de l'isolement carcéral et conséquences psychopathologiques	28
1. Sévérité de l'isolement social et physique	28
2. Durée de l'isolement : les longues peines	35
III. ISOLEMENT ET TROUBLES PSYCHIATRIQUES EN MILIEU CARCERAL	43
A. Les troubles psychiatriques	43
1. Épidémiologie	43
2. Hypothèses concernant la surmorbidity psychiatrique	46
B. Effets de l'isolement en milieu carcéral chez les personnes souffrant de troubles psychiatriques	49
1. Les troubles de personnalité	49
2. Les troubles de l'humeur et les psychoses.....	54
3. Les déficits intellectuels	59
4. Les risques pour le malade souffrant de pathologie psychiatrique.....	60
CONCLUSION	64
BIBLIOGRAPHIE	66

RESUME

La peine d'emprisonnement, sanction pénale la plus sévère en France, repose sur le principe de l'isolement. Les détenus sont isolés de la société et de leur proches mais aussi isolés physiquement, par les murs, dans une institution au fonctionnement singulier. Quelles sont les conséquences psychopathologiques de l'isolement en milieu carcéral?

L'isolement, qu'il soit relationnel ou physiquement objectivable, ou les deux à la fois, peut être expérimenté dans des situations variées en dehors du milieu carcéral, et avoir des conséquences notables sur l'état émotionnel et le psychisme des individus.

Les conditions de l'isolement en milieu carcéral se distinguent par leur sévérité, leur durée, et par le fait que les sujets qui y sont soumis présentent des facteurs de vulnérabilité sur le plan social et psychiatrique.

La forte prévalence des troubles psychiatriques et du suicide en prison a été largement démontrée, et pourrait être expliquée par la vulnérabilité de la population incarcérée, et par la pathogénicité de l'isolement et de l'institution même chez des sujets sans antécédents psychiatriques.

Il existe une corrélation entre la sévérité de l'isolement en prison et l'émergence de troubles psychiatriques. L'isolement prolongé lors des longues peines pourrait de plus être responsable d'une forme d'institutionnalisation spécifique favorisant l'adaptation en milieu carcéral mais compromettant l'adaptation à la libération.

Chez les sujets souffrant de troubles psychiatriques, l'isolement en milieu carcéral semble particulièrement néfaste, favorisant l'aggravation des troubles psychiatriques, et les complications sociales et judiciaires.

L'isolement sévère et de longue durée en milieu carcéral devrait être mieux encadré pour limiter les complications psychiatriques, et l'incarcération des sujets présentant des troubles psychiatriques majeurs doit être remise en question.

INTRODUCTION

La prison ou établissement pénitentiaire est un lieu privatif de liberté qui repose sur le principe de l'isolement. L'individu y est placé à l'écart de la société soit dans le cadre d'une peine d'emprisonnement, sanction pénale la plus sévère en France, soit dans le cadre de la détention provisoire dans l'attente du jugement.

Dix millions de personnes seraient incarcérées à travers le monde, et ce nombre aurait augmenté d'un million au cours des dix dernières années. Il existe de grandes variations selon les pays, et ce sont les États-Unis qui détiendraient le record du nombre de détenus par habitant (1). En France on compte 66 572 détenus au 1^{er} décembre 2013(2).

Pourtant, les conditions de la détention, ses effets sur la santé des personnes incarcérées, la surreprésentation des troubles psychiatriques en prison, et le sens de la peine d'emprisonnement sont régulièrement critiqués dans le débat public. La situation des détenus dans les prisons françaises fait depuis plusieurs années l'objet de rapports alarmants notamment en raison du non-respect de l'accès aux soins, de la protection de la santé, et de la dignité de la personne, alors que parallèlement le nombre de détenus et d'incarcérations est en constante augmentation (3). Dans d'autres pays, comme les États-Unis ou certains pays Scandinaves, les conditions de détention sont aussi dénoncées, en particulier en ce qui concerne l'utilisation du confinement solitaire prolongé.

La prison isole les détenus à la fois sur le plan physique, par les murs, mais aussi sur le plan social et relationnel, par la mise à l'écart de la société et par la limitation des possibilités de contact avec les proches.

Ainsi isolés, ils doivent s'adapter au fonctionnement particulier de cette institution: dépendance, privations, perte du libre arbitre, particularités des rapports entre détenus ou avec l'administration pénitentiaire. Si la peine est longue, la personne détenue évolue dans cet isolement imposé par l'institution de la prison, ce qui va peut-être pour certains entraîner une modification de la personnalité et du fonctionnement interpersonnel.

J'ai choisi de m'interroger sur les conséquences psychopathologiques et psychiatriques de la prison à travers les caractéristiques de l'isolement que ce système impose.

Je développerai dans la première partie la notion d'isolement à travers différentes situations illustrant les modalités possibles de l'isolement en dehors du milieu carcéral et leurs conséquences psychopathologiques éventuelles.

Dans la deuxième partie, je décrirai les différentes déclinaisons de l'isolement en milieu carcéral et envisagerai leurs conséquences psychopathologiques.

Dans la troisième partie, après un état des lieux des troubles psychiatriques en prison, je discuterai des effets de l'isolement dans cette population vulnérable.

I. MANIFESTATIONS CLINIQUES DE L'ISOLEMENT

La notion d'isolement peut être envisagée comme la séparation d'un individu ou d'un groupe d'individus des autres membres de la société, ou comme le constat d'une situation dans laquelle un individu est séparé de gré ou force de son environnement habituel (4). Cette séparation ou mise à l'écart peut être due à un appauvrissement des relations sociales, ou à une situation de restriction de l'environnement physique dans le cas d'un enfermement, ou encore dans certains cas, à l'association des deux.

L'isolement, qu'il soit envisagé en tant qu'isolement social ou comme une situation d'isolement physique, est un état objectivable. Il peut être expérimenté dans des situations très différentes, selon lesquelles il peut s'accompagner d'états émotionnels variés, positifs ou négatifs, voire favoriser l'émergence de véritables troubles psychiatriques.

Dans cette première partie, j'aborderai à travers quelques exemples, les différentes formes que peut prendre l'isolement, pour rechercher les conséquences psychopathologiques pouvant en découler.

A. Situations d'isolement social

Le terme d'isolement ne peut être complètement séparé de celui de solitude. Les deux notions se superposent, à ceci près que le terme de solitude porte un caractère plus subjectif. Il correspond au vécu, au ressenti d'un individu, alors que l'isolement est,

comme nous l'avons dit, un état physiquement objectivable. Ainsi les deux notions coexistent, mais restent indépendantes, l'individu peut être isolé socialement sans pour autant se sentir seul, et le sentiment de solitude peut être éprouvé par des personnes qui ne sont pas isolées de façon objective.

L'isolement social est le plus souvent associé à l'idée de rejet, d'exclusion, de solitude, de mal être et de souffrance psychique. Cependant la mise à l'écart de la société, ou l'isolement relationnel peut aussi dans certains cas, ne pas être état subi, mais choisi, et cette forme d'isolement peut revêtir des aspects positifs.

Certains individus font le choix particulier d'un mode de vie temporaire ou prolongé sous la forme de l'isolement relationnel. Les ermites ou anachorètes en sont un exemple, depuis l'Antiquité jusqu'à nos jours, à travers le monde, ces individus font le choix d'un isolement absolu et volontaire. Ils mènent généralement une vie de solitude et de recueillement, centrée sur la prière, la méditation, l'ascèse et le travail, dans un but d'élévation spirituelle.

L'isolement relationnel et la solitude, ont aussi été valorisés par de nombreux écrivains ou philosophes comme étant favorables et nécessaires à la réflexion, à l'introspection ou à la création.

Dans la société occidentale contemporaine, certaines catégories de personnes sont particulièrement concernées par l'isolement social ou relationnel, ce sont les personnes âgées et les personnes socialement défavorisées.

Un rapport de l'INSEE publié en 2003, rapporte qu'une personne isolée sur quatre souffre de solitude et d'ennui contre une personne non isolée sur dix. Dans cette étude, sont considérées comme "isolées" les personnes n'ayant que quatre contacts ou moins d'ordre privé au cours d'une semaine, ce qui selon cette définition établit le taux de personnes isolées en France à 10.8%. L'isolement s'accroît de façon nette avec l'âge, et les personnes de plus de 70 ans sont cinq fois plus isolées que les jeunes de 15 à 19 ans. L'impression de solitude est en partie déconnectée de son pendant relationnel, mais les isolés sont plus fréquemment sensibles au sentiment de solitude et à l'impression d'ennui(5).

En ce qui concerne les personnes âgées, le suicide dans cette population représente un problème de santé publique. De nombreuses études ont cherché à mettre en évidence les facteurs sociaux associés au risque suicidaire chez les personnes âgées, afin de pouvoir les prévenir. Une revue de cette littérature réalisée par Fässberg et al. montre que les connections sociales limitées sont associées aux idéations suicidaires, aux comportements suicidaires, et aux suicides en fin de vie (6).

De même, selon les recherches du psychologue John Cacioppo (7), le sentiment de solitude chez les personnes âgées augmenterait le risque de décès prématuré de 14%, perturberait le sommeil, augmenterait le risque de dépression, et abaisserait le sentiment subjectif de bien-être global. Une étude récente a montré que l'isolement social et le sentiment de solitude était chacun associé à une augmentation de mortalité chez les personnes âgées (8).

L'isolement relationnel peut donc s'accompagner d'états émotionnels variés selon les circonstances et selon son caractère choisi ou subi.

B. Situations d'isolement physique

L'isolement peut aussi être envisagé comme une restriction importante de l'environnement physique, et cet isolement lorsqu'il est matérialisé par des murs, peut être qualifié d'enfermement ou de confinement. L'environnement est dans ce cas réduit, avec des possibles diminutions de l'espace, des stimulations sensorielles, et des déplacements. Le confinement, selon les situations, peut être associé ou non à une restriction des interactions sociales.

Ce type d'isolement peut se rencontrer dans des contextes extrêmement différents, tels que l'isolement thérapeutique en médecine et en psychiatrie, l'isolement à visée scientifique, expérimental, ou l'isolement carcéral.

1. Isolement thérapeutique

En médecine, certaines situations cliniques nécessitent la mise en place de l'isolement des patients. Il peut s'agir de l'isolement d'un patient infecté ou colonisé par un micro-organisme contagieux, pour éviter la contamination d'autres patients, ou de l'isolement protecteur qui vise à protéger un patient à risque des infections potentiellement véhiculées par les autres (9).

Abad C. et al. ont réalisé une revue de la littérature(10) visant à évaluer les effets secondaires de l'isolement de contact sur indication médicale. La majorité des études rapportant des données sur l'impact du bien être psychique des patients montre un impact négatif sur le bien-être psychique avec des scores de dépression et d'anxiété importants. Ce type d'isolement augmenterait les symptômes d'anxiété et de dépression lorsque sont comparés des groupes de patients placés en isolement pour des infections liées à des organismes résistants à des patients traités pour des problèmes infectieux ne nécessitant pas d'isolement (9).

Si la plupart des chercheurs s'accordent à dire que ces isolements affectent l'état émotionnel des patients, certaines études montrent que les soignants passent moins de temps avec les patients en isolement, que ces derniers sont mal informés des raisons de l'isolement, et que les troubles psychiques liés à ces conditions de traitement peuvent être atténués par l'information et l'éducation du patient (9)(10).

En milieu psychiatrique, l'isolement solitaire peut être utilisé comme moyen thérapeutique pour réduire l'agitation et mettre à distance le risque de passage à l'acte auto ou hétéro agressif. Il consiste à enfermer seul en chambre un patient, dans une pièce dévolue à cet effet. Cette mesure reste controversée, ayant pour certains une valeur thérapeutique, mais étant pour d'autres considérée comme nocive et traumatique pour les patients (11). Les raisons de la mise en chambre d'isolement diffèrent le plus souvent du point de vue de l'équipe soignante ou du patient. Les facteurs déclenchant généralement la mise en isolement sont l'agitation, l'opposition massive et la perturbation du milieu thérapeutique, un acte de violence, l'agression de patients, l'agression du

personnel soignant, le fait de proférer des menaces, et la conduite suicidaire(12).

Du point de vue des effets cliniques, d'après certaines revues de littérature sur le sujet, l'isolement est efficace dans la prévention des blessures et de l'agitation, mais peut avoir des effets psychologiques néfastes sur le patient (13). La littérature évaluant le vécu des patients est peu abondante, mais si certains rapportent des sentiments de colère, de culpabilité et une anxiété majeure au moment de la mise en isolement, ces sentiments laissent ensuite souvent place, d'après eux, à un apaisement et un soulagement(12)(13) par la diminution des stimuli environnementaux.

Il est cependant important de souligner le fait qu'il apparait dans les études que l'information donnée au sujet concernant les raisons motivant la mise en isolement, permet de renforcer l'alliance thérapeutique et de renforcer l'effet thérapeutique de l'isolement, qui peut être sinon vécu de manière traumatique.

Ainsi apparaît l'importance du vécu subjectif de l'isolement, dont l'effet peut être thérapeutique à condition qu'il reste bienveillant.

L'isolement perçu comme une punition aura des effets psychopathologiques très différents de l'isolement perçu comme une tentative de traitement. Les effets des traitements prescrits dépendant plus de l'intention perçue du soignant que de toute autre variable(14).

2. Expéditions scientifiques

Les effets psychologiques de l'isolement ont été abondamment étudiés dans des contextes scientifiques, par des explorateurs solitaires ou à travers des programmes

scientifiques permettant de préparer entre autres des expéditions spatiales ou polaires impliquant des situations d'isolement ou de confinement prolongées.

Si nous prenons l'exemple des voyages polaires, rares sont les expéditions qui n'ont pas eu au moins un membre qui a présenté un syndrome dépressif, une anxiété, une paranoïa ou des troubles du sommeil. Parfois l'équipage entier a présenté des symptômes dépressifs voire mélancoliques comme l'expédition belge en Atlantique en 1898-1899 décrite par l'explorateur polaire et scientifique Frederick A Cook. D'autres expéditions telles que l'expédition Greely en 1881-84 ont connu un sort bien pire: l'équipe composée de 25 personnes devait établir une base scientifique à Ellsmere Island en Arctique, mais a été conduite à la mutinerie, à la folie, au suicide et au cannibalisme, ne laissant que six survivants (15).

Les études visant à comprendre ces effets psychologiques et à identifier les interventions nécessaires à la prévention de ces troubles ont montré que la méthode de prévention apparaissant comme la plus efficace était le programme de dépistage psychologique et la sélection des participants. D'autres mesures facilitaient l'adaptation psychologique à de telles expéditions, comme les entraînements individuels et en équipe avant l'expédition et la possibilité de maintenir le contact avec la famille, qui réduit le stress et l'anxiété associés à la séparation.

La compréhension des principes sous tendant les comportements dans les environnements confinés et isolés est particulièrement importante pour l'application à d'autres situations comme les missions de longue durée dans l'espace où les possibilités

d'investigation sont plus limitées. En effet, au cours de ces voyages spatiaux qui peuvent durer plusieurs mois, les astronautes doivent s'adapter à la vie dans des espaces très confinés, à l'apesanteur, à la désorientation temporelle, à la privation sociale, à l'éloignement culturel, et à des périodes sans activité. Le vol spatial ayant eu la plus longue durée, soit 437 jours et 18 h, a été réalisé au sein de la station MIR. D'après les observations des astronautes, les conditions les plus difficiles à supporter étaient les privations sociales et les périodes sans activité. Par ailleurs, ces derniers signalaient qu'en plus de l'entraînement physique et de la sélection sur des tests comportementaux et psychologiques, la compatibilité psychologique des différents astronautes qui passeront des mois ensemble dans un espace confiné devrait être étudiée(16). En effet, de nombreuses études ont cherché à identifier l'adaptation des individus isolés en petits groupes dans des situations telles que des expéditions polaires, ou dans des sous-marins. La plupart ont constaté l'importance des difficultés inter individuelles : hostilité, conflits interpersonnels voire paranoïa (17).

3. Confinement solitaire et isolement sensoriel

L'intérêt expérimental concernant le confinement solitaire et la privation sensorielle profonde a été abondant à partir des années 50. Cet intérêt a été précipité par les rapports effrayants sur le "brainwashing" des prisonniers américains pendant la guerre de Corée, où les prisonniers avaient été placés dans des situations de privation sensorielle en confinement solitaire prolongé, dans le but de perturber profondément leur équilibre psychologique et de les rendre plus vulnérables. Le confinement solitaire était en effet

utilisé comme moyen de pression voire de torture pour obtenir des informations lors des interrogatoires, pendant la guerre de Corée notamment, ou encore plus récemment à Guantanamo et en Afghanistan dans le cadre de la “guerre contre le terrorisme” (14).

Les recherches principales sur le sujet ont été réalisées entre les années 50 et le début des années 60, principalement à Harvard et au Centre Médical de l’Université Mac Gill. Une grande partie de ces recherches a été financée par le département de la défense du gouvernement américain et la CIA.

Dans ces études, malgré les variations méthodologiques, le modèle expérimental de base visait à ce que les sujets soient placés dans des situations conçues pour limiter de façon maximale les stimulations externes et la perception des informations sensorielles.

Ces recherches ont mis en évidence certains symptômes caractéristiques développés dans de tels contextes. Les principaux étaient les distorsions et illusions perceptives, voire les hallucinations, des expériences de déréalisation et une hyperréactivité aux stimuli externes. Certains sujets supportaient bien ces expériences, tandis que d’autres présentaient une anxiété généralisée majeure, et une agitation psychomotrice réactionnelle importante. Dans certains cas, des sujets ont présenté une psychose manifeste avec délire de persécution et dans d’autres cas une dissociation, un syndrome confusionnel, voire même un état catatonique (17).

Si ces études ont montré que la privation sensorielle pouvait avoir des effets psychologiques majeurs, ou précipiter des troubles psychiatriques, elles ont aussi cherché à mettre en évidence les facteurs influençant la réponse. Ainsi, dans une étude

visant à étudier l'émergence d'hallucinations, la perturbation des affects, de la cognition, et des états physiques en fonction de la privation sensorielle (18), des sujets ont été placés dans trois conditions de privation sensorielle différentes (totale: visuelle, tactile et auditive; visuelle et auditive; auditive seule) pendant 72 heures. Les auteurs ont mis en évidence que la condition de privation sensorielle "totale" induisait une perturbation des affects et de la cognition significativement plus importante que les deux autres conditions, notamment une anxiété généralisée, un sentiment de colère, des troubles du sommeil et une perturbation de l'orientation dans le temps.

Si la sévérité de la privation sensorielle et sa durée étaient clairement des facteurs influençant les effets psychologiques de la privation sensorielle, d'autres éléments sont apparus comme déterminants: les données extérieures (par exemple les consignes données par l'examineur) qui permettent d'appréhender la situation comme menaçante ou non, et les facteurs de vulnérabilité individuelle (ou variables intrapsychiques du sujet). Les personnalités borderline et antisociales apparaissaient comme les plus à risque de développer des difficultés d'adaptation et des troubles psychiatriques dans des conditions d'isolement sensoriel (14).

C. Implications pour l'isolement carcéral

L'étude de ces quelques exemples, bien que non exhaustive, nous montre que de l'expérience agréable propice à la réflexion, à l'introspection et à la création, au "brainwashing" des prisonniers en temps de guerre, les effets de l'isolement sur le

psychisme sont majeurs et très diversifiés. Les conséquences psychopathologiques de l'isolement dans les différentes situations étudiées sont résumées dans le tableau 1.

Tableau 1 : Conséquences psychopathologiques de l'isolement non carcéral et facteurs influençant

Types d'isolement	Manifestations Cliniques	Facteurs Influençant
<i>Isolement social et relationnel</i>		
Personnes âgées, Précarité	Ennui, solitude, syndrome dépressif	Caractère subi, vulnérabilité individuelle
Spirituel	Apaisement, réflexion, concentration	Caractère choisi, capacités d'introspection
<i>Isolement physique</i>		
Thérapeutique en médecine	Anxiété, symptômes dépressifs	Manque d'information, l'isolement relationnel associé
Thérapeutique en psychiatrie	Anxiété, colère, ou apaisement d'un état d'agitation	Information donnée, vécu subjectif punitif ou thérapeutique
Missions scientifiques et confinement prolongé	Anxiété, symptômes dépressifs, irritabilité, troubles du sommeil, symptômes psychotiques, paranoïa	Maintien lien social, entraînement, vulnérabilité individuelle, le manque d'activité
Expériences de confinement	Anxiété, symptômes dépressifs, irritabilité, troubles du sommeil, symptômes psychotiques, paranoïa, syndrome confusionnel, trouble de l'attention	Durée, vécu subjectif, vulnérabilité individuelle, sévérité des privations sensorielles

Certaines modalités de l'isolement semblent produire des effets psychologiques particulièrement néfastes: la sévérité de l'isolement physique et social, sa durée prolongée, le vécu subjectif de sanction, et certains facteurs de vulnérabilité des individus.

Le milieu carcéral est la seule situation "courante" où ces différentes modalités soient fréquemment réunies. Il semble alors important de se poser la question de ses effets sur la santé mentale des détenus.

Il s'agira donc dans la suite de ce travail de décrire les spécificités de l'isolement en milieu carcéral et les conséquences psychopathologiques et psychiatriques pouvant lui être spécifiquement associés.

II. DECLINAISON DES DIFFERENTS TYPES D'ISOLEMENT EN MILIEU CARCERAL

A. Isolement et système pénitentiaire

1. L'isolement comme mesure pénale

Le "système pénitentiaire" actuel, fondé sur le principe de l'isolement des détenus, a pris naissance à Philadelphie aux États-Unis à la fin du 18^{ème} siècle. Cette initiative de la réforme des prisons aux États-Unis est attribuée aux Quakers (19) (mouvement religieux fondé en Angleterre au XVII^{ème} siècle par des dissidents de l'église anglicane) qui protestaient contre les sanctions pénales barbares de l'époque. La peine de mort, les

mutilations et le fouet furent abolis par la législature de l'État de Pennsylvanie en 1786 et la peine d'emprisonnement fut substituée à ces châtiments corporels. Les tribunaux purent alors condamner les coupables de crimes capitaux à l'isolement solitaire jour et nuit, sans travail. C'est dans ce contexte que fut instituée à Philadelphie la prison de Walnut- Street, premier établissement à appliquer un système de confinement solitaire rigide pour cette catégorie de détenus.

En 1816, la prison d'Auburn a été construite dans l'État de New York. Dans cet établissement, le régime de la cellule solitaire et de l'isolement complet jour et nuit fut appliqué pour la première fois à tous les criminels. Des effets psychologiques et psychiatriques néfastes et une surmortalité furent rapidement constatés chez ces détenus. Le régime a donc été modifié en 1823, permettant aux détenus de travailler la journée dans des ateliers communs, mais dans un silence absolu, afin de maintenir l'idée de séparation morale.

Bien que s'opposant sur certains points, les systèmes d'Auburn et de Philadelphie se rejoignaient sur un socle commun, un même modèle théorique définissant alors le système pénitentiaire: l'isolement des détenus. Ce modèle était issu de la réflexion selon laquelle "la communication de ces hommes entre eux rend impossible leur réforme morale et devient même pour eux la cause inévitable d'une affreuse corruption" tandis que le détenu "placé seul en face de son crime apprend à le haïr : et si son âme n'est pas encore blasée sur le mal, c'est dans l'isolement que le remord viendra l'assaillir"(19). Par la suite, la plupart des prisons construites aux Etats-Unis ont adopté le système d'Auburn.

En Europe, les philosophes du siècle des Lumières ont cherché eux aussi à réduire

les pratiques de l'Ancien Régime dont les peines corporelles constituaient la plupart des châtiments. Le marquis Cesare Beccaria dénonçait dans son *Traité des Délits et des Peines* (1764) les châtiments corporels, la peine de mort, et prônait l'égalité devant les lois : "il doit exister une proportion entre les délits et les peines", "réprimer les plus dangereux par les peines les plus sévères, réserver des châtiments plus doux aux moins importants", "Pour que tout châtiment ne soit pas un acte de violence exercé par un seul ou par plusieurs contre un citoyen, il doit être essentiellement public, prompt, nécessaire, proportionné au délit, dicté par les lois, et le moins rigoureux possible dans les circonstances données" (20)(21).

La révolution Française marque le départ du système pénitentiaire français : la liberté individuelle est déclarée comme valeur suprême par la Déclaration des Droits de l'Homme et de Citoyen du 26 août 1789, et les peines corporelles sont en partie supprimées, on leur substitue la peine privative de liberté. L'emprisonnement avec isolement absolu devient une peine inscrite au Code Pénal en 1791, mais les peines les plus sévères restaient la peine de mort, les travaux forcés, et la déportation(20).

Au cours du 19^{ème} siècle, la question de l'isolement cellulaire est débattue dans toute l'Europe, sous l'influence de la réforme du système pénitentiaire aux Etats-Unis. A cette époque, la possibilité de réhabiliter les personnes aux comportements déviants est entrevue. Cette déviance est envisagée comme étant le résultat des contraintes et des démons de la société moderne, et la "guérison" des détenus pourrait être obtenue en les protégeant des mauvaises influences, par l'isolement (17).

Beaumont et De Tocqueville ont étudié le développement des structures pénitentiaires aux États-Unis afin d'évaluer la possibilité d'importer un tel système en France. Le modèle des prisons françaises était alors accusé de corrompre davantage les détenus du fait d'une libre communication entre eux, qui empêchait donc toute "réforme morale": "le condamné qui arrive dans la prison à moitié dépravé en sort avec une corruption complète". A l'époque, le système cellulaire n'existait pas et les détenus dormaient dans des dortoirs.

Ainsi les deux auteurs sont séduits par ce nouveau modèle pénitentiaire reposant sur l'isolement, le silence et le travail : "On pense que deux être pervers réunis dans le même lieu doivent se corrompre mutuellement : on les sépare. La voix de leur passion ou le tourbillon du monde les avait égarés : on les isole, et on les amène ainsi à la réflexion. L'oisiveté les avait dépravés : on les fait travailler. La misère les avait poussés au crime: on leur apprend une profession".

Après la publication de l'ouvrage de Tocqueville et de Beaumont, des prisons sont progressivement construites en Europe sur le modèle américain.

A partir de la Troisième République, le régime cellulaire est introduit dans toutes les prisons françaises. Les détenus prévenus et condamnés sont isolés de jour comme de nuit, en silence : régime de Pennsylvanie pour les prévenus, et régime Auburnien pour les condamnés. Ces règles seront appliquées jusqu'à la seconde guerre mondiale (20). Par la suite, au cours du XXème siècle, un régime progressif est instauré allant de l'isolement cellulaire à la semi-liberté (20).

L'objectif de la peine d'emprisonnement fondée sur le principe de l'isolement, était donc de mettre l'individu à l'écart de la société et des autres détenus, pour qu'à l'abri des mauvaises influences, il soit amené à la réflexion et à la réforme morale, afin d'obtenir sa rédemption.

2. L'isolement dans le système pénitentiaire français

En France, il existe 190 établissements pénitentiaires, qui diffèrent selon le régime de détention et le type de condamnation. On distingue deux grandes catégories d'établissements: les Maisons d'Arrêt et les Établissements pour Peine(22).

Les Maisons d'Arrêt reçoivent des personnes en détention provisoire (en attente de jugement) ou des personnes dont la peine ou le reliquat de peine n'excèdent pas deux ans. Dans ces établissements, les détenus sont souvent à plusieurs en cellule, mais le contact avec l'extérieur et les proches peut être limité, surtout pour les détenus en attente de jugement. Ils ne circulent pas beaucoup, leurs activités se résument le plus souvent à 2 heures par jour pour les promenades, et ils n'ont pas accès à une activité professionnelle. Ce sont ces structures qui posent le plus de problèmes en terme de surpopulation, de promiscuité, de conditions de vie et de protection de la santé(3).

Les Établissements pour Peine sont divisés en Maisons Centrales, Centre de Détention et Centres de Semi-Liberté.

Les Centres de Semi-Liberté permettent la sortie de l'établissement pendant la journée pour participer à un projet de réinsertion (travail, formation...). Les détenus ne doivent retourner dans l'établissement que la nuit.

Dans les Centres de Détention sont placés les détenus qui sont condamnés à des peines supérieures à deux ans mais qui présentent les meilleures chances de réinsertion. La circulation au sein de l'établissement est plus libre, les détenus ont habituellement accès aux parloirs, aux téléphones, voire aux UVF (Unité de vie familiale) au sein desquelles ils peuvent passer jusqu'à 72 h avec leurs familles.

Les Maisons Centrales accueillent des personnes condamnées à des longues peines ou présentant des risques (risque d'évasion, antécédents de problèmes disciplinaires en incarcération). Leur fonctionnement est orienté sur la sécurité, l'isolement y est donc plus important : limitation des déplacements, des activités, des contacts avec l'extérieur et entre détenus.

Au sein des établissements pénitentiaires, il existe des quartiers où l'isolement est bien plus important, il s'agit du Quartier d'Isolement (QI) et du Quartier Disciplinaire (QD), où les détenus sont mis à l'écart les uns des autres.

Au Quartier Disciplinaire ou "mitard", les personnes sont placées en situation de confinement solitaire. Il s'agit d'une sanction disciplinaire pouvant être appliquée en cas de manquement d'un détenu aux règles de l'Etablissement. En cas de faute disciplinaire, le détenu peut être amené à comparaître devant la commission disciplinaire de l'établissement : "le Prétoire". Il peut y être accompagné de son avocat, et le directeur de

la prison fait office de juge. Le décret D.251 du CPP (Code de Procédure Pénal) prévoit des sanctions de sévérité variable selon le type d'infraction commise, la plus sévère étant le placement au QD pour une durée maximale de 45 jours consécutifs (23). Cette sanction ne peut être applicable que pendant 15 jours consécutifs maximum pour les détenus entre 16 et 18 ans et n'est pas applicable au moins de 16 ans.

La cellule disciplinaire est d'environ 8 m², les détenus y passent environ 22h à 23h par jour, sans aucun contact avec les autres détenus, la promenade étant elle aussi individuelle. Le règlement interdit toute activité en dehors de la lecture et de l'écriture, et les systèmes d'approvisionnement ou "cantine", sauf pour les produits d'hygiène, de correspondance et le tabac. La vie quotidienne y est peu structurée, les repères temporels sont rares. La solitude et l'ennui participent aux modifications du comportement psychomoteur et de ses rythmes. Le manque d'activité contraint à dormir pour faire passer le temps, ce qui contribue aussi à déstructurer les rythmes biologiques. L'isolement y est social et sensoriel (23).

Les Quartiers d'Isolement et Disciplinaire sont théoriquement distincts, et la cellule d'isolement doit être meublée comme une cellule ordinaire car le placement au Quartier d'Isolement ne constitue une mesure disciplinaire.

Cette décision est une mesure de précaution ou de sécurité décidée par le Juge d'instruction ou le directeur de l'Etablissement Pénitentiaire. Dans le cas du placement d'un détenu au quartier d'isolement décidé par le Juge d'Instruction pour limiter les possibilités de communication dans le cas d'une détention provisoire, la durée maximale est de 10 jours renouvelable une fois. Il peut sinon s'agir d'une mesure de précaution ou

de sécurité décidée par le Chef d' Etablissement ou le détenu lui-même. Au bout de trois mois la mesure est interrompue automatiquement si elle n'est pas renouvelée. Le prolongement au-delà d'un an est de la compétence du ministre de la justice.

Au QI, le détenu n'a donc pas accès aux activités collectives, la promenade est solitaire, et dans de rares cas il peut travailler en cellule. L'accès au système de cantine reste possible, de même que l'accès au téléphone, aux parloirs, à la visite de l'aumônier ou du SPIP et de l'avocat (bien que la possibilité de communiquer puisse être limitée à l'avocat). Si les personnes ainsi isolées sont censées pouvoir accéder aux mêmes activités que les autres détenus, ce droit est rarement respecté.

Cet isolement est le plus souvent très mal toléré, et les modalités de sa mise en œuvre sont critiquées car contraire aux recommandations du CPT (Comité pour la Prévention de la Torture), notamment en raison du non-respect des droits des personnes isolées, de l'importance des privations subies et de la durée de ce type de mesures qui semblent souvent être des sanctions disciplinaires cachées (24)(25).

3. L'utilisation du confinement solitaire

Le confinement solitaire est la forme d'isolement la plus sévère en milieu carcéral. Il peut être défini comme l'isolement d'un prisonnier dans une cellule 22/24 h en moyenne, avec le minimum de stimulation environnementale et le minimum d'opportunité d'interaction sociale (17)(23).

Son utilisation est variable selon les pays, il serait appliqué dans environ quatre circonstances: la punition disciplinaire (comme dans le cas de la France), l'isolement

d'individus pendant le déroulement de l'enquête criminelle, comme outil administratif pour la gestion de groupes spécifiques de détenus, ou comme sentence judiciaire (26).

La plupart des systèmes pénitentiaires utilise le confinement solitaire au sein de leur répertoire de punitions disciplinaires, mais la durée de cette sanction est variable selon les pays.

Le Commissaire aux Droits de l'Homme du Conseil de l'Europe a souligné dans son rapport de 2005 que la durée maximale d'isolement en cellule disciplinaire de 45 jours, spécifiée par l'article D. 251-3 du Code de Procédure pénale "fait du régime disciplinaire pénitentiaire français l'un des plus sévères d'Europe. Ainsi les maxima de l'isolement punitif sont de 3 jours en Ecosse et en Irlande, 9 jours en Belgique, 14 jours en Angleterre, 15 jours en Italie ainsi qu'aux Pays-Bas, et 28 jours en Allemagne" (25). Dans d'autres pays la durée peut néanmoins être plus prolongée, jusqu'à 4 semaines dans le cas du Danemark (27).

En Scandinavie, le confinement solitaire a été beaucoup utilisé pour la détention provisoire dans le but d'éviter le risque d'obstruction à l'enquête, de destruction de preuves, ou de coordination avec d'autres suspects (28). Ce mode de fonctionnement a progressivement diminué en Norvège, au Danemark et en Suède depuis les années 70 en raison des critiques des organismes de défense des Droits de l'Homme. Il reste cependant une caractéristique du Danemark où entre 2001 et 2006 environ 7.7 à 9.8 % des prévenus ont été placés en isolement solitaire pour 28 à 37 jours, mais parfois pour plus d'un an (27).

Ces dernières années, l'utilisation du confinement solitaire comme un outil administratif pour gérer des groupes de détenus considérés comme à risque d'évasion ou de troubler l'ordre au sein de la prison a nettement augmenté. Le meilleur exemple est celui des prisons Supermax aux Etats-Unis, établissements conçus sur le modèle de l'isolement strict des prisonniers quelle que soit la durée de la peine.

L'origine de ces structures remonte à 1983, date à laquelle tous les détenus du Pénitencier Fédéral de Marion ont été placés en isolement cellulaire suite à l'assassinat de deux surveillants. Cette mesure n'a jamais été levée et a conduit à la création d'un régime continu de confinement solitaire, appelé plus tard "Supermax". Il existe à présent plus de 50 Supermax prisons aux États-Unis, et le nombre de détenu y serait supérieur à 20000. Les conditions incluent le confinement solitaire 22.5 h sur 24 dans un environnement pauvre, sous surveillance technologique constante. Les détenus n'y ont pas de contact entre eux, les visites et le téléphones (quand ils sont permis) sont rares. Ce type de placement est de durée indéterminée, pour des années ou des dizaines d'années.

4. La population isolée

Pour évaluer les effets de l'isolement sur la santé mentale des détenus, il est important, après avoir décrit les structures qui posent le cadre de cet isolement, de se poser la question des caractéristiques de la population isolée.

Les personnes incarcérées ne reflètent pas la population générale, elles sont issues d'une population marginalisée, souvent pauvre et désinsérée sur le plan économique, social, et culturel. La proportion de jeunes de 18 à 24 ans y est 7 fois plus importante que dans la population générale. Parmi les entrants, près de 10 % vivent dans un domicile précaire, 5 % sont sans abri, près d'un quart a quitté l'école avant l'âge de 16 ans et la moitié d'entre eux a quitté le domicile familial 3 ans plus tôt que les jeunes de la population générale (3).

De nombreuses études ont montré que la prévalence des troubles mentaux dans cette population est élevée avant l'entrée en incarcération.

En France, le système pénitentiaire met en place une évaluation médicale et psychiatrique à l'entrée en détention dont l'objectif est de repérer les détenus présentant une vulnérabilité afin de permettre la mise en place si besoin d'un suivi et de soins.

Une étude réalisée dans un SMPR (Service Médico-Psychologique Régional) français retrouvait une prévalence de 40 % de symptômes psychiatriques (29) chez les arrivants en détention. Dans une autre étude réalisée en France, entre 1989 et 1995, 2/3 des détenus arrivants présentaient des troubles psychiatriques ou des problèmes d'addiction (30). Dans une étude réalisée en Allemagne, sur 87 détenus incarcérés pour des longues peines, l'évaluation psychiatrique à l'entrée retrouvait que 69% d'entre eux présentait des troubles psychiatriques et parmi eux 51% présentait un trouble de personnalité antisociale (31).

Les problèmes d'addictions sont fréquents dans cette population, une revue de

littérature évaluant des populations d'arrivants en prison (32) rapportait que 17 à 30 % des hommes et 10 à 24 % des femmes présentait des abus ou une dépendance à l'alcool et que 10 à 48 % des hommes et 30 à 60% des femmes présentait un mésusage ou une dépendance à des drogues illicites.

Les conduites d'automutilations au cours de l'année précédant l'incarcération concernerait 15 % des hommes et 27 % des femmes(33).

Les antécédents de traumatisme et d'abus dans l'enfance seraient aussi plus fréquents qu'en population générale (34).

En France, une hypothèse avancée pour expliquer l'augmentation de la fréquence de l'incarcération de personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères est la modification de la loi sur la responsabilité en 1994 distinguant l'abolition et l'altération du discernement. L'abolition du discernement entraîne une non accessibilité à la sanction pénale, contrairement à l'altération du discernement qui n'empêche pas le jugement ni l'incarcération et entraînerait souvent une augmentation de la durée de la peine. Ainsi, le pourcentage de criminels considérés comme irresponsables a diminué depuis la modification de la loi (35).

Par ailleurs, certains troubles psychiatriques sont plus à risque d'actes médico-légaux et d'incarcérations à répétition, ce qui pourrait expliquer leur surreprésentation dans les populations d'arrivants.

Une étude américaine incluant 79 211 détenus sur 6 ans, a montré que les personnes ayant des troubles psychiatriques présentaient un risque augmenté

d'incarcérations multiples, et l'augmentation du risque la plus importante concernait les détenus souffrant d'un trouble bipolaire qui présentaient 3.3 fois plus de risque d'incarcérations multiples que ceux exempts de troubles psychiatriques (36). Par ailleurs une autre étude réalisée par Fazel (37) a montré que les patients bipolaires présentant une comorbidité addictive sont plus à risque de réaliser un acte criminel.

De même, dans une revue de littérature prenant en compte 27 études réalisées dans 10 pays et concernant une population de 3511 individus souffrant de psychose, les auteurs retrouvaient un risque plus élevé d'incarcérations à répétition chez les individus psychotiques en comparaison à ceux ne présentant pas de troubles mentaux (38).

Ces différentes études soulignent la fragilité sociale et la vulnérabilité psychique de la population incarcérée.

B. Particularités de l'isolement carcéral et conséquences psychopathologiques

1. Sévérité de l'isolement social et physique

Nous avons vu que l'incarcération des personnes condamnées ou en attente de jugement avait comme objectif premier la mise à l'écart de l'individu de la société et de son environnement social habituel.

Cet isolement social est source de souffrance chez la majorité des détenus. La rupture avec l'environnement est généralement brutale au moment de l'incarcération et la

possibilité de contact avec les proches est variable selon le statut du détenu et les causes de l'incarcération. En France le droit d'accès au téléphone ou aux parloirs est sous l'autorité du Juge et régulé par l'Administration Pénitentiaire. Le SPIP (Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation) peut aussi faire le lien entre le détenu et sa famille. Toute personne qui a travaillé au contact des détenus en milieu carcéral, aura pu constater comme la difficulté à contacter les proches est source de frustration, d'anxiété, et de souffrance, notamment lors d'évènements familiaux particuliers (maladies, décès, naissances..). Il n'est malheureusement pas rare que des détenus soient informés avec retard d'un tel évènement.

Nurse et Al.(39) ont réalisé au sein d'une prison locale (de sécurité moyenne) du sud de l'Angleterre, des entretiens de groupe de détenus et de surveillants dont l'objectif était de comprendre en quoi l'environnement de la prison influence la santé mentale des détenus. Au total, 31 détenus (18 hommes et 13 femmes), et 21 surveillants ont participé à ces groupes. Les détenus interrogés rapportent que l'isolement social et la difficulté à contacter la famille sont source d'angoisse et de frustration majeures. Ils rapportent aussi comment l'isolement relationnel au sein de la prison en cas d'isolement solitaire majeure le stress, l'anxiété et la frustration par un manque de stimulation mentale et d'activité qui favorisent les ruminations. Pour certains détenus soumis à un isolement solitaire, le manque d'activité et l'ennui incitent à la prise de toxiques comme échappatoire pour l'esprit.

Le psychologue Haney C.(40) a étudié les effets psychologiques de l'isolement aux

États-Unis dans la Security Housing Unit de la prison d'Etat de Pelican Bay en Californie. Il décrit l'ampleur de la privation sociale de ces détenus : ils sont isolés les uns des autres, n'ont presque pas d'interaction directe avec les surveillants, et la plupart n'ont pas ou très peu de visites de leurs proches. Le vécu de solitude y est intense et s'associe à l'ennui dû à l'absence d'activité et de stimulation intellectuelle. L'auteur constate que le manque d'interaction sociale et de stimulation mentale peut favoriser chez certains un ralentissement psychique, des difficultés de concentration voire des syndromes dépressifs caractérisés. Chez d'autres, ces conditions d'isolement, de privation et de dépendance entraînent une frustration et une colère intense qui favorisent les passages à l'acte auto agressifs. Il constate que ces troubles s'aggravaient avec le temps.

Dans la littérature, la plupart des auteurs s'accordent pour dire que la sévérité des conditions d'isolement en milieu carcéral et en particulier le confinement solitaire présente une pathogénicité sur le plan psychologique et psychiatrique. Cela a été montré dans des études comparant des groupes de détenus soumis à différents types d'isolement.

En Italie, Roma et al.(41) ont cherché à évaluer l'incidence du suicide entre 2004 et 2008, dans une population dont les sujets étaient soumis à 3 types de conditions de détention de sévérité croissante (prison communautaire, confinement solitaire temporaire, confinement dans un établissement de haute sécurité). Le taux de suicide des détenus était respectivement plus élevé de 239% et 439% dans les conditions de confinement solitaire temporaire et de confinement solitaire prolongé dans un établissement de haute sécurité, que dans la prison communautaire. Les auteurs concluent que les conditions

d'incarcération impliquant les niveaux d'isolement, de privation et de perte d'autonomie les plus importants augmentent le risque de suicide chez les prisonniers.

Plusieurs études ont été réalisées au Danemark, à l'initiative du Ministère de la Justice, en raison des critiques opposées au gouvernement concernant l'utilisation du confinement solitaire chez les détenus en détention provisoire.

Dans une de ces études (28), les auteurs ont cherché à évaluer les effets du placement en confinement solitaire par rapport à des conditions classiques d'incarcération sur la santé mentale de personnes en détention provisoire. Ils ont utilisé comme critère de jugement le nombre d'hospitalisations à partir de l'isolement solitaire par rapport au nombre d'hospitalisations à partir de la détention classique. En 15 mois (1991 à 1993), 345 personnes ont été incluses, parmi lesquelles 152 ont été placées en confinement solitaire. L'analyse rétrospective des données a montré que les sujets placés en isolement solitaire étaient plus souvent hospitalisés en psychiatrie que ceux en cellule ordinaire, et que le risque relatif d'admission dans le service de santé de la prison pour des troubles psychiatriques augmentait avec le temps passé en isolement solitaire, ce qui est en faveur de l'incidence plus élevée de nouveaux cas de troubles psychiatriques chez les détenus maintenus en isolement solitaire.

Une autre étude réalisée par les mêmes auteurs au Danemark(42), avait pour objectif de comparer cette fois l'incidence des troubles psychiatriques entre deux groupes de détenus placés en confinement solitaire ou en cellule ordinaire. Dans cette étude

longitudinale, les sujets de chaque groupe ont été sélectionnés à partir d'une liste randomisée de nouveaux arrivants en détention provisoire. Ils ont été évalués une première fois les jours suivants leur incarcération, puis une seconde fois après trois semaines de détention provisoire.

La prévalence de la morbidité psychiatrique le mois précédent l'incarcération était distribuée de façon égale entre les deux groupes, excepté concernant les consommations de toxiques qui étaient plus élevées dans le groupe placé en cellule ordinaire. Une incidence significativement plus élevée de morbidité psychiatrique a été trouvée dans le groupe maintenu en isolement solitaire que dans le groupe en cellule normale.

Le trouble incident le plus fréquent était le trouble de l'adaptation, suivi par le syndrome dépressif. Les symptômes le plus souvent retrouvés chez les patients présentant un trouble de l'adaptation étaient l'anxiété, l'irritabilité, la tristesse, l'asthénie, l'insomnie et les symptômes psychosomatiques.

Les résultats de cette étude longitudinale montraient que le confinement solitaire est un facteur de risque de développer un trouble psychiatrique non-psychotique en comparaison à l'emprisonnement "normal". Cependant, les auteurs précisent que parmi les détenus en détention provisoire "normale", l'emprisonnement agit aussi comme un facteur de stress qui augmente l'émergence de nouveaux troubles chez environ 1 prisonnier sur 7. Cette étude confirme que sur le plan médical le confinement solitaire est contestable.

La majorité des études montrent que le confinement solitaire est le mode d'emprisonnement qui produit les effets psychologiques les plus néfastes, et que la

sévérité de l'isolement est un facteur de stress supplémentaire pour les détenus qui aggrave le risque de troubles psychiatriques. Les rares études qui n'ont pas retrouvé plus de troubles chez des personnes en confinement solitaire par rapport à des personnes placées en cellule ordinaire (43)(44), ont été critiquées sur le plan méthodologique, les sujets étant volontaires ou placés en isolement pour des durées courtes. Une difficulté notable rencontrée dans les études cherchant à mettre en évidence l'impact de l'isolement sur la santé mentale est le biais d'information. Les détenus, particulièrement les sujets masculins, sont réticents à évoquer les symptômes ressentis car ils craignent d'être perçus comme faibles et vulnérables.

La pathogénicité du confinement solitaire varierait en fonction des modalités selon lesquelles celui-ci est mis en œuvre (détention provisoire, sanction disciplinaire, mesure administrative et durée) et selon la vulnérabilité des sujets (45). Les effets pathologiques du confinement solitaire seraient le plus souvent transitoires, et les symptômes générés par cette situation de stress disparaîtraient à l'arrêt du confinement solitaire (46).

D'un point de vue qualitatif, l'éventail des symptômes liés au confinement solitaire décrit dans la littérature est très large. Il semblerait cependant qu'une "gamme" de symptômes similaires soit retrouvée quelles que soient les conditions de l'isolement.

Une revue de la littérature sur le sujet réalisée par Peter Scarff Smith (45) lui a permis de définir plusieurs catégories de symptômes régulièrement décrits à travers les nombreuses études sur le sujet : des troubles cognitifs (confusion, troubles de la concentration et de la mémoire) ; des hallucinations, des illusions perceptives et des idées

de persécution ; des symptômes d'anxiété et des affects dépressifs ; une impulsivité ; une asthénie et une apathie.

Grassian, qui s'est beaucoup intéressé aux conséquences psychologiques du confinement solitaire, a basé sa réflexion sur la littérature et son expérience personnelle. Il met en lien les effets d'un tel isolement avec l'importance des privations sociales et sensorielles.

Dans son évaluation des prisonniers de Walpole (17), il décrit un syndrome psychiatrique qu'il considère comme caractéristique du confinement solitaire et qui comprend : une hyperractivité aux stimuli externes ; des distorsions perceptives, des illusions et hallucinations ; des troubles de la concentration et de la mémoire ; des attaques de panique ; des pensées obsessionnelles intrusives et l'émergence de ruminations agressives ; une difficulté des contrôle des impulsions.

Haney confirme dans son étude réalisée à Pelican Bay qu'un pourcentage important de détenus soumis à l'isolement solitaire décrivent les symptômes énoncés par Grassian (40).

Ces symptômes décrits par Smith et Grassian se rapprochent de ceux constatés dans les situations expérimentales de confinement solitaire avec privation sensorielle et perceptive réalisées chez des sujets sains et rapportées dans la première partie.

2. Durée de l'isolement : les longues peines

L'abolition de la peine de mort dans la plupart des pays occidentaux a entraîné l'augmentation progressive de la durée des peines d'emprisonnement, et amené les chercheurs à se poser la question des conséquences des longues peines sur le psychisme des détenus et leur incidence pour la libération. Le temps passé au sein de l'institution a-t-il des conséquences durables sur la personnalité et la santé mentale des détenus ?

Au cours de la vie, la personnalité des individus évolue, qu'elle soit normale ou pathologique (47). Cette évolution serait entre autres influencée par les événements de vie et les interactions sociales(48).

En prison, les conditions de vie spécifiques de l'institution pourraient entraîner à long terme des modifications de la personnalité caractéristiques du milieu carcéral, soit une forme "d'institutionnalisation". Le concept d'institutionnalisation en psychiatrie a différentes significations (49), nous parlerons ici de l'institutionnalisation en tant que processus par lequel les personnes sont transformées par l'environnement institutionnel dans lequel elles vivent.

Pour Haney (50), des stratégies d'adaptation et des façons de pensée et d'agir se mettent en place pour survivre à l'expérience de la prison, surtout dans le cas d'une longue peine. Certaines personnes traversent l'épreuve de la prison sans difficultés, mais d'autres souffrent de conséquences à long terme secondaire au fait d'avoir été soumis à

l'isolement, aux privations, à un mode de vie et d'interaction avec les autres atypique. Plus l'incarcération est longue et plus la transformation institutionnelle deviendrait importante et significative.

L'auteur décrit les adaptations et conséquences psychologiques suivantes :

- une institutionnalisation spécifique au milieu carcéral caractérisée par : une dépendance à la structure institutionnelle ; une hypervigilance, une méfiance interpersonnelle et une suspicion ; un contrôle émotionnel ; un retrait social et un isolement ; l'incorporation des normes d'exploitation de la culture de la prison ; une altération de l'estime de soi et de la valeur personnelle
- des réactions de stress post traumatiques aux souffrances de l'environnement.

Ces changements durables peuvent être envisagés comme un syndrome spécifique d'adaptation chez les personnes purgeant une longue peine (51).

Au cours des longues peines, le risque d'être confronté à des situations traumatiques augmente.

Une étude allemande (52) a évalué la prévalence des événements traumatiques au sein d'un échantillon de 1055 hommes européens incarcérés pour des longues peines (sentences d'au moins 5 ans). Les auteurs ont mis en évidence qu'au sein de cette population, les sujets avaient expérimenté en moyenne 3 événements traumatiques au cours de leur détention, et que 14% d'entre eux avaient développé un état de stress post traumatique. Par ailleurs, dans chaque échantillon national, plus de 50% des participants

nécessitait un traitement pour des troubles psychiatriques et près d'un tiers avait réalisé un passage à l'acte suicidaire. Une revue de littérature sur le sujet rapporte une prévalence du PTSD (Posttraumatic Stress Disorder) chez les détenus condamnés variant de 4 % à 22 % selon les études (53), ce qui représente une fréquence bien plus importante que dans la population générale (54).

Pour certains, les critères diagnostics habituels de l'état de stress post traumatique ne saisissent pas pleinement la nature complexe des traumatismes résultant de l'incarcération (55). En se basant sur une revue de la littérature, Herman (56) a fait valoir que le traumatisme chez les détenus se caractérise par une exposition chronique et répétée à une ou des situations traumatiques, à des symptômes hétérogènes, et entraîne des modifications de la personnalité durables. Ce type de traumatismes répétés ou prolongés est fréquent dans les situations de captivité, où le sujet ne peut se soustraire à l'agresseur ou à la situation stressante (impact psychologique de la subordination à un contrôle coercitif). Pour souligner cette complexité, Herman a envisagé le diagnostic PTSD complexe. Ce syndrome n'est pas reconnu dans les classifications actuelles ni à venir du DSM 5.

Dans les suites de ce raisonnement, une étude a été réalisée (55) dans le but d'évaluer dans quelle mesure il existerait un "syndrome post incarcération" qui engloberait les effets de l'incarcération chez détenus condamnés pour des longues peines. Etant donné le caractère empirique de l'étude, une approche qualitative a été réalisée. L'étude a inclus 22 hommes et 2 femmes, condamnés pour homicide dans la région de Boston et ayant été libérés après une peine d'emprisonnement d'au moins 15 ans. Ces détenus

présentaient d'après les auteurs, un cluster spécifique de symptômes associant des symptômes de PTSD (traumatismes liés à l'incarcération ou antérieurs) associés à des traits de personnalité "institutionnalisées" résultant de l'incarcération, un syndrome de privation sociale et sensorielle et une aliénation sociale et temporelle. Pour les auteurs, la reconnaissance d'un tel syndrome pourrait améliorer la prise en charge de ces catégories de détenus à leur libération.

Les modifications psychologiques liées à l'isolement prolongé en milieu carcéral permettraient donc l'adaptation et la survie en prison, mais pourraient devenir dysfonctionnelles et représenter un obstacle important à l'adaptation à la vie en société lors de la libération (cf. vignette clinique 1).

Vignette 1

Monsieur A. est un détenu d'un QLP (Quartier Longue Peine, type Maison Centrale), il arrive à la fin d'une peine de 15 ans de prison, et est libérable dans 15 mois.

Avant son incarcération il n'avait jamais présenté de troubles psychiatriques. Son suivi n'avait débuté que deux ans auparavant, peu de temps après son arrivée au QLP, suite à une agression subie par un co détenu au décours de laquelle il avait présenté un fléchissement thymique et des symptômes d'anxiété généralisée. Depuis, il avait été victime d'une autre agression, à laquelle il n'avait pas répondu, par peur des sanctions disciplinaires et pénales et de voir ses permissions annulées. Il expliquait qu'il évitait de plus en plus le contact avec les autres détenus en raison d'une dégradation des relations et d'un nombre croissant de violences. Il expliquait que certains détenus profitaient du fait qu'il était bientôt libérable pour le provoquer, sachant qu'il se laisserait faire, il se sentait particulièrement vulnérable.

Lorsque je l'ai rencontré, il était sur le point d'obtenir ses premières permissions à l'extérieur, la première pour les fêtes de Noël et la seconde pour le mariage de son frère. Monsieur H. disposait à ses dires d'un entourage familial solide, de moyens financiers corrects. A l'approche de la libération et après ses premières expériences à l'extérieur, il apparaissait pourtant très angoissé.

La première permission, pour les fêtes de Noël, avait été difficile pour lui, il avait eu du mal à supporter d'être avec un trop grand nombre de personnes. Pour le mariage de son frère, le même phénomène s'était produit, il rapportait une difficulté qu'il ne connaissait pas avant dans ses relations interpersonnelles. Il était irrité par les autres, leurs questions, se sentant rapidement menacé. Il se trouvait plus méfiant et moins sociable qu'auparavant, et avait dû au cours de ses permissions s'isoler à plusieurs reprises, ne supportant pas d'être trop entouré. Il disait ne pas se reconnaître, ayant toujours été à l'aise en société.

La libération peut représenter un facteur de stress en particulier pour les détenus qui auront effectué une longue peine. Il existe une surmortalité dans les populations de détenus libérés et le suicide représente une part importante des décès. Les études sur le sujet montrent une augmentation de 3 à 10 fois du risque de suicide par rapport à la population générale (57)(58).

Une étude réalisée en Angleterre (58) a évalué le nombre de suicide survenus au cours de 3 années consécutives (entre janvier 2000 et décembre 2001) chez des détenus libérés. Les cas ont été sélectionnés si le passage à l'acte suicidaire survenait dans l'année suivant la libération. D'après les résultats 79% des suicides survenus après la libération se sont produits dans les 28 jours après la libération et 51% au cours des 4 premiers mois. Le risque est similaire chez les hommes et chez les femmes mais en

comparaison à la population générale, le risque relatif est beaucoup plus élevé chez les femmes que chez les hommes. Les hommes apparaissent comme 8 fois plus à risque et les femmes 36 fois plus à risque de suicide pendant l'année suivant la libération que ce qu'il est attendu dans la population générale.

En Finlande, une importante étude nationale a été réalisée pour évaluer la santé des détenus au cours d'un suivi longitudinal de 7 ans (57). Une partie de cette étude de cohorte avait pour objectif de comparer la mortalité des prisonniers libérés avec celle de la population générale. La mortalité par suicide était presque 3 fois supérieure à celle de la population générale pendant l'année suivant la libération

Les difficultés d'adaptation à la libération pourraient être un des facteurs expliquant cette surmortalité par suicide, mais d'autres études seraient nécessaires pour évaluer l'influence de la durée et de la sévérité des conditions d'isolement pendant l'incarcération sur l'adaptation à la libération et le risque suicidaire.

Le Tableau 2 résume les conséquences psychopathologiques liées aux conditions particulières de l'isolement en milieu carcéral en population non psychiatrique.

Tableau 2 : Conséquences psychiatriques de l'isolement en milieu carcéral en population non psychiatrique

Différents types d'Isolement	Conséquences cliniques
<i>Isolement social et relationnel</i>	<p>Anxiété Sentiment de solitude Ennui Colère, frustration Consommation de toxiques</p>
<i>Isolement physique et confinement solitaire</i>	<p>Anxiété généralisée et attaques de panique Hyperréactivité aux stimuli environnementaux Affects dépressifs, asthénie, apathie Troubles cognitifs : syndrome confusionnel, trouble de la concentration et de la mémoire Pensées obsessionnelles intrusives, ruminations agressives Paranoïa, idées de persécution Distorsions perceptives, illusions, hallucinations, Difficultés de contrôle des impulsions Augmentation du risque suicidaire, et de l'incidence des troubles psychiatriques</p>
<i>Isolement prolongé, longues peines</i>	<p><u>Institutionnalisation spécifique au milieu carcéral</u></p> <p>Dépendance à la structure institutionnelle Hypervigilance, méfiance interpersonnelle et suspicion Contrôle émotionnel Retrait social et isolement Incorporation des normes d'exploitation de la culture de la prison Altération de l'estime de soi et de la valeur personnelle</p> <p><u>Réactions de stress post traumatique aux souffrances de l'emprisonnement</u></p>

Les conditions de l'isolement en milieu carcéral apparaissent comme potentiellement pathogènes pour les détenus du fait de leur sévérité et de leur durée prolongée. Cependant la façon dont les détenus s'adaptent à ces conditions est variable(59).

Parmi les détenus sans antécédents, certains présentent des facteurs de vulnérabilité et pourront développer des troubles psychiatriques dans des contextes de stress. La physiopathologie de ces troubles s'inscrivant dans le modèle stress-vulnérabilité des troubles psychiatriques. Selon ce modèle, chaque personne possède un degré de vulnérabilité qui lui est propre, dépendant notamment de facteurs biologiques et génétiques. Ces derniers interagissent avec des facteurs environnementaux (facteurs de stress) pour aboutir au développement de la maladie. Ainsi, le seuil critique, pour le développement d'un trouble psychiatrique, varie pour chaque individu et dépend des niveaux de vulnérabilité et de stress vécus. Pour les personnes ayant des niveaux de vulnérabilité élevés, un stress relativement minime serait suffisant pour dépasser le seuil critique menant à la psychopathologie.

Toujours d'après ce modèle, les détenus présentant des troubles psychiatriques sont plus à risque de présenter des difficultés d'adaptation.

Je discuterai des effets de l'isolement chez les détenus souffrant de troubles psychiatriques, après avoir déterminé et expliqué la prévalence de ces troubles en milieu carcéral.

III. ISOLEMENT ET TROUBLES PSYCHIATRIQUES EN MILIEU CARCERAL

A. Les troubles psychiatriques

1. Épidémiologie

Depuis l'étude historique réalisée à la Prison de Sing Sing à New York en 1918 soulignant l'importance des troubles mentaux en détention, un grand nombre d'études a mis en évidence des taux élevés de morbidité psychiatrique en milieu carcéral (1).

Fazel et Danesh ont réalisé en 2002 une revue de littérature concernant la prévalence des troubles mentaux sévères en prison (60). Ils ont analysé les résultats de 62 études réalisées dans 12 pays occidentaux, soit une population de 22 790 détenus. Les auteurs notent que 3,7% des hommes présentent un trouble psychotique (incluant schizophrénie, troubles schizophréniformes, accès maniaque et trouble délirant), 10% une dépression majeure, 65% un trouble de personnalité (dont 47% un trouble de personnalité antisocial). D'après eux 1 détenu sur 7 dans les pays occidentaux souffrirait d'un trouble psychotique ou d'une dépression caractérisée (pathologies pouvant être des facteurs de risque de suicide) et 1 homme sur 2 et 1 femme sur 5 présenterait un trouble de personnalité antisocial.

En comparaison avec la population Américaine ou Britannique au même âge, les détenus ont 2 à 4 fois plus de troubles psychotiques ou de dépression caractérisée et environ 10 fois plus de troubles de personnalité anti social. Pour les auteurs, plus de

recherches seraient nécessaires pour comprendre si ces excès sont la cause, la conséquence, ou les deux, de l'emprisonnement.

Dans le but d'évaluer l'évolution de la prévalence des troubles psychiatriques sévères en détention avec le temps, Fazel et Seewald (61) ont publié en 2012 une nouvelle revue systématique de la prévalence des troubles psychotiques et de la dépression caractérisée, basée sur 81 études publiées de 1966 à 2010 regroupant 33 588 détenus au sein de 109 échantillons distincts. Cette fois, les recherches effectuées dans les pays à faible et moyen revenus ont été prises en compte. La prévalence globale des troubles psychotiques était de 3,7% (hommes et femmes confondus), ce taux était significativement plus élevé dans les pays à faible et moyen revenus que dans les pays à haut revenus, mais il n'existait pas de différence significative entre les hommes et les femmes, ni entre les prévenus et les condamnés. La prévalence globale de la dépression caractérisée était de 11,7%, et il n'existait pas non plus de différence significative de ce taux entre les hommes et les femmes ni entre les prévenus et les condamnés. Ces prévalences sont restées sensiblement les mêmes depuis la revue de littérature de 2002. Il n'a pas été mis en évidence d'augmentation des troubles psychotiques ni de la dépression caractérisée.

La prévalence du PTSD dans les populations de détenus n'a pas été prise en compte dans ces études. D'après une revue de littérature de 2007(53), celle-ci varierait de 4 à 21 % selon les études, et les femmes seraient particulièrement affectées.

La prévalence des déficiences intellectuelles serait quant à elles entre 0,5% et 1,5% d'après une revue de littérature de 2008(62).

En France, Falissard et al. ont publié en 2006 (63) une étude épidémiologique de prévalence des troubles psychiatriques au sein des prisons françaises. L'étude a été réalisée entre septembre 2003 et juillet 2004 et rassemblait 800 détenus hommes sélectionnés de manière aléatoire au sein de 20 établissements pénitentiaires français (Maisons d'Arrêt, Centre de Détention, Maisons Centrales). La prévalence des diagnostics donnés par deux cliniciens de manière indépendante était de: 3.8% pour la schizophrénie, 17.9% pour la dépression caractérisée, 12% pour l'anxiété généralisée et 10.8% pour les addictions. D'après cette étude, 27% des détenus masculins en France présente au moins un trouble psychiatrique. Ces prévalences sont plus élevées que ce qui est habituellement rapporté dans la littérature. La principale divergence concerne le trouble dépressif caractérisé. Une des explications avancée par les auteurs étant la prévalence plus élevée de ce trouble dans la population générale en France que dans les autres pays Européens(64). Une autre explication étant aussi probablement l'utilisation du Mini International Neuropsychiatric Interview, outil psychométrique très sensible.

Le suicide, complication principale des troubles psychiatriques est lui aussi plus élevé en milieu carcéral que dans la population générale et sa prévalence aurait augmenté dans plusieurs pays au cours des dernières années.

Dans la littérature internationale, les taux de mortalité par suicide chez les détenus seraient de 3 à 8 fois plus élevés que ceux de la population générale (65)(66)(67)(68).

En France, la mortalité par suicide serait 6,5 à 7 fois celle de la population générale et aurait progressivement augmenté depuis les années 60 (69).

2. Hypothèses concernant la surmorbidity psychiatrique

Les études épidémiologiques rapportent une surreprésentation des troubles psychiatriques et une prévalence plus élevée du suicide chez les personnes isolées en milieu carcéral qu'en population générale. Comment expliquer cette surmorbidity ?

En ce qui concerne le suicide en prison, de nombreux travaux ont cherché à déterminer des facteurs prédictifs spécifiques au milieu carcéral afin d'en améliorer la prévention. De façon schématique, ces facteurs peuvent être classés en deux catégories : des facteurs environnementaux et des facteurs individuels.

Les principaux facteurs individuels seraient les antécédents psychiatriques et de passage à l'acte auto agressifs (65)(70)(71)(72), les troubles addictifs (65), les facteurs socio démographiques (l'âge jeune particulièrement) (67)(68) et les antécédents criminels (crime avec violence, condamnation à perpétuité) (70)(70)(73).

Parmi les facteurs environnementaux les plus souvent cités on retrouve : le fait d'être seul en cellule (65)(70)(71), la sévérité de l'isolement et des privations de l'établissement(73)(74)(41), le confinement solitaire(67), les difficultés relationnelles et les violences(65), l'accès au système de soins(66) et la perte des connections sociales(75).

En ce qui concerne les troubles psychiatriques, leur forte prévalence a largement été mise en évidence dans la littérature internationale. Les études visant à expliquer les causes de cette surmorbidity sont plus rares. Les facteurs expliquant la surreprésentation des patients souffrant de troubles psychiatriques en prison regroupent certainement la forte prévalence de ces troubles chez les arrivants et les décompensations chez des sujets sans antécédents mais vulnérables (cf. modèle stress-vulnérabilité).

La survenue et l'expression clinique d'un trouble psychiatrique peuvent être envisagées comme l'aboutissement d'interactions complexes entre des facteurs de vulnérabilité génétique et des facteurs environnementaux. Les facteurs environnementaux peuvent influencer sur le cours évolutif des pathologies (âge de début, rechute, comorbidité, réponse au traitement). Certains facteurs socio démographiques, certains événements de vie stressants, ou encore les consommations de toxiques sont considérés comme des facteurs environnementaux influençant l'expression clinique des pathologies psychiatriques (76).

Nous avons mis en évidence la forte prévalence des troubles psychiatriques dans les populations de détenus arrivants en détention, ainsi que leur précarité sur le plan social, affectif, éducatif et professionnel. Ces facteurs sociodémographiques seraient associés aux troubles psychiatriques, le plus souvent comme facteur de risque (76).

Nous avons aussi mis en évidence les caractéristiques potentiellement pathogènes du milieu carcéral: le vécu de la sanction, l'isolement familial et affectif, l'isolement

physique, le confinement solitaire, le manque d'activité et les privations, les violences. Ces éléments peuvent être envisagés comme des facteurs de stress.

La sévérité des conditions d'isolement pourrait donc favoriser la décompensation ou l'aggravation d'un trouble psychiatrique chez des détenus présentant des facteurs de vulnérabilité.

En effet les évènements de vie stressants, à forte composante émotionnelle, sont davantage susceptibles de favoriser les décompensations d'une pathologie déjà connue ou de participer à l'apparition d'un premier épisode pathologique. L'impact des évènements de vie, ainsi que celui du contexte émotionnel, sont modulés par les capacités d'adaptation au stress d'un sujet (76). En milieu carcéral, les réactions dues au stress risquent de s'aggraver et de se chroniciser du fait de l'impossibilité du sujet à se soustraire à ces facteurs de stress.

De plus, les facteurs toxiques (au premier rang desquelles les substances psychoactives comme le cannabis) peuvent être à l'origine d'épisodes aigus émaillant l'évolution d'un trouble schizophrénique ou d'un trouble de l'humeur récurrent. Les toxiques incriminés détermineraient moins l'apparition d'une pathologie chronique qu'ils ne précipiteraient son début ou n'interféreraient avec son cours évolutif, le rendant plus péjoratif avec davantage de complications et parfois une moins bonne réponse thérapeutique (76). La prévalence des consommations de toxiques est importante dans la population incarcérée, et l'ennui lié à l'isolement et au manque d'activité est un facteur qui favoriserait les consommations (39).

Aux vues des données épidémiologiques et de l'identification des troubles psychiatriques comme facteur de risque majeur de suicide en prison, il est étonnant de constater que la littérature concernant les effets du milieu carcéral sur le psychisme des détenus souffrant de troubles psychiatriques soit si pauvre.

Quelles sont donc les conséquences de l'isolement en milieu carcéral chez les personnes souffrant de troubles psychiatriques? J'illustrerai ma réflexion par quelques vignettes cliniques issues de mon expérience dans un service de psychiatrie pour détenu.

B. Effets de l'isolement en milieu carcéral chez les personnes souffrant de troubles psychiatriques

1. Les troubles de personnalité

La personnalité pathologique correspond à un mode de réaction et de comportement stéréotypé caractérisé par des traits de caractère peu nombreux, rigides, et très marqués, qui sont à l'origine d'une souffrance psychique ou d'une inadaptation sociale significative. Il existe un manque de souplesse dans les processus d'adaptation, la personnalité est comme figée dans un mode prédominant de fonctionnement (77).

Les troubles de personnalité les plus représentés en milieu carcéral seraient le trouble de personnalité antisociale (TPAS), le trouble de personnalité paranoïaque (TPP), et le trouble de personnalité borderline (TBP) (78)(79).

Les patients souffrant d'un TPAS se distinguent entre autres par leur impulsivité, leur intolérance à la frustration, leur incapacité à retarder l'accomplissement de leurs désirs immédiats, leur agressivité dans les contextes de frustration, un manque d'anxiété et une thymie instable qui favorisent les passages à l'acte. Ces sujets présenteraient une incapacité à éprouver de la culpabilité, à prévoir les conséquences de leurs actes et à tirer profit des expériences passées et notamment des sanctions (76). C'est ce qui conduit et reconduit ces personnes en prison.

Les sujets souffrant d'un TPAS présenteront tout autant de difficultés à se conformer aux règles de la vie en prison, et aux frustrations liées aux nombreuses privations. Les réactions impulsives et agressives seront fréquentes, les exposant particulièrement aux sanctions disciplinaires.

Nous savons qu'il existerait une relation entre l'organisation de la personnalité et les réactions psychopathologiques à l'isolement et au confinement solitaire (14). Les patients présentant un TPAS sont impulsives, en recherche de sensations, et présentent une incapacité particulière à tolérer la routine, l'ennui et les situations avec stimulations environnementales réduites (14). Le risque de complications psychopathologiques en confinement solitaire est donc important pour ces sujets: désorganisation intellectuelle et comportementale, phénomènes hallucinatoires, troubles du comportement avec passage à l'acte auto mais surtout hétéro agressifs liés à la frustration de la sanction (cf. vignette 2).

Vignette 2

Monsieur B. est patient de 27 ans aux traits de personnalité antisociale, et consommateur régulier de cannabis. Ses antécédents judiciaires étaient nombreux, et il était incarcéré cette fois pour outrage à agent.

Monsieur B. était régulièrement hospitalisé pour des symptômes psychotiques aigus (hallucinations) lors de ses incarcérations. Ces épisodes survenaient presque toujours au QD où il était souvent placé pour des violences verbales, des trafics de stupéfiants ou autres infractions disciplinaires.

La mise à distance de l'environnement pathogène et des consommations de toxiques lors de ses hospitalisations permettait chaque fois une amélioration très rapide des troubles.

Les sujets souffrant d'un TPAS présentent une facilité à établir des relations mais une incapacité à les maintenir de façon durable. Leur relation à l'autre est marquée par le manque d'empathie, l'indifférence et la froideur des affects. L'isolement social et la rupture avec les proches ne sera pas l'aspect le plus difficile de l'isolement en milieu carcéral pour ces sujets.

Les sujets présentant un TPB sont entre autres caractérisés par leur impulsivité, leurs efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés, leurs relations interpersonnelles instables et intenses, leur instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur, un sentiment chronique de vide, la répétition de comportements et de gestes ou menaces suicidaires et d'auto mutilations (80).

L'isolement social, la rupture avec les proches est difficile à gérer pour ces sujets. La solitude leur est pénible, renforçant leur sentiment de vide et d'ennui. Leur peur d'être abandonné entraîne un besoin d'affectivité, de réassurance et de soutien (77), auquel ils auront du mal à accéder en milieu carcéral étant donné la difficulté à contacter l'entourage. Les difficultés familiales ou sentimentales à l'extérieur seront alors particulièrement difficiles à gérer pour ces personnes, et le risque de passage à l'acte sera important en cas de crise, telles qu'un conflit conjugal ou une rupture sentimentale (cf. vignette 3). Le risque de décès par suicide est élevé chez ces sujets(76).

Vignette 3

Monsieur F. est un patient de 27 ans, il était incarcéré depuis 18 mois mais bénéficiait d'une semi-liberté depuis 6 mois lorsqu'il a appris que sa compagne lui aurait été infidèle. Il était revenu au Centre de Semi-Liberté alcoolisé, ce qui lui avait valu de retourner en Maison d'Arrêt, où il avait réalisé une tentative de suicide.

Il avait été hospitalisé dans notre service au décours de ce passage à l'acte. Il rapportait dans ses antécédents psychiatriques une précédente tentative de suicide à l'adolescence dans un contexte de rupture sentimentale et des scarifications fréquentes en détention dans des moments de recrudescence anxieuses. Monsieur F. présentait des traits de personnalité borderline avec une immaturité et une dépendance affective importante, une tendance à l'impulsivité. Au Centre de Semi-Liberté, il partageait sa cellule avec un autre détenu car il ne supportait pas d'être seul, et expliquait être très proche de sa mère.

Dans le service, les lenteurs de l'administration pénitentiaire, ne lui ont permis de contacter sa famille que 15 jours après son arrivée. Le fait de ne pas avoir de nouvelles de ses proches, renforçait le vécu abandonnique de Monsieur F., et le fait de ne pas avoir accès à la réassurance et au soutien de sa

famille pendant ce moment de crise a fortement compliqué la prise en charge de ce patient. L'isolement relationnel imposé par l'administration pénitentiaire dans ce contexte de crise pour le patient aggravait la symptomatologie anxieuse et dépressive, et majorait le risque suicidaire. La crise s'est rapidement résolue dès que le patient a pu recontacter sa famille.

L'isolement physique et les restrictions environnementales seront potentiellement pathogènes pour ces sujets, favorisant des symptômes psychotiques, ou des réactions impulsives auto agressives en réaction à l'anxiété générée par la situation. Les symptômes psychotiques aigus ne sont pas rares chez les sujets souffrant d'un TPB. Ils peuvent apparaître au décours d'un stress ou être induits par la prise de toxiques. Ils se caractériseraient par un sentiment de persécution, des idées de référence, des symptômes tels que la dépersonnalisation ou la déréalisation, et des phénomènes hallucinatoires (76)(77). Les hallucinations et notamment les hallucinations acoustico verbales sont assez fréquentes chez les sujets présentant un TPB (81)(82)(83).

Le TPP est aussi surreprésenté en milieu carcéral (84)(78)(79). Il est caractérisé par une hypertrophie du moi, une psychorigidité, une fausseté du jugement, une méfiance et une susceptibilité à l'égard d'autrui et une difficulté d'adaptation sociale. Les passages à l'acte auto mais surtout hétéro agressifs ne sont pas rares dans cette population, ces derniers sont d'ailleurs une cause fréquente d'incarcération pour ces sujets. Une autre complication de ce trouble de personnalité est le développement d'un délire paranoïaque (77).

L'épisode psychotique aigu en milieu carcéral peut être un épisode émaillant une psychose chronique connue ou marquer le début de la maladie, ou encore être un épisode isolé "réactionnel" à des facteurs environnementaux chez un sujet vulnérable.

Ces épisodes isolés "réactionnels" seraient caractérisés par une forte participation affective, des éléments délirants et hallucinatoires en lien avec les problématiques carcérales (86), et donc une thématique de persécution fréquente. On peut penser que l'isolement en cellule, associé aux rapports souvent conflictuels avec l'administration pénitentiaire ou d'autres détenus entraîne un sentiment de vulnérabilité, et favorise l'émergence ou l'aggravation des sentiments de persécution, notamment chez les sujets vulnérables comme ceux souffrant d'un TPP. Cette constatation n'est pas surprenante si l'on rappelle que "la paranoïa" est un symptôme fréquemment retrouvé lors d'expériences d'isolement chez des sujets sains. Les descriptions de modification de la personnalité des détenus ayant effectués des longues peines (méfiance et difficultés interpersonnelles) font écho aux idées délirantes de persécution chez les sujets vulnérables. Le délire serait alimenté par les facteurs environnementaux du milieu carcéral.

2. Les troubles de l'humeur et les psychoses

Les troubles bipolaires sont plus fréquents en milieu carcéral qu'en population générale, et le diagnostic est encore plus difficile dans ce contexte (85). Les accès aigus peuvent être précipités par les événements pénibles de vie et les stress répétés (76).

En cas d'épisodes aigus, notamment d'accès maniaque, les sujets manifestent

certaines symptômes tels que l'exaltation, la mégalomanie, le sentiment de toute-puissance, la désinhibition, la familiarité, l'irritabilité ou l'agitation psycho motrice, qui sont susceptibles de compliquer les rapports avec l'administration pénitentiaire. Les surveillants pourront interpréter ces symptômes et les troubles du comportement associés comme des provocations, une défiance de l'autorité. Les sujets présentant un accès maniaque seront alors plus à risque de sanction comme la mise au QD.

Au QD, le vécu de sanction et les conditions sévères d'isolement risqueront d'aggraver la symptomatologie, de favoriser l'émergence de symptômes délirants, de renforcer l'irritabilité, et de précipiter le passage à l'acte hétéro agressif (cf. vignette 4).

Vignette 4

Monsieur E. était un patient âgé de 27 ans, il était incarcéré depuis l'âge de 19 ans, et condamné à une peine de 17 ans. Il ne rapportait aucun antécédent psychiatrique, mais était depuis l'adolescence un consommateur régulier de cannabis et consommait de manière ponctuelle d'autres substances illicites.

Il a été admis dans notre service pour un premier accès maniaque diagnostiqué au QD. Le patient avait été placé au QD pour des violences verbales envers les surveillants et des trafics de stupéfiants. Dans ces conditions d'isolement solitaire, son irritabilité et son agressivité s'était majorées, son sentiment de toute-puissance, sa mégalomanie et sa désinhibition l'avait amené à être de plus en plus insultant envers les surveillants. Ces derniers répondaient à ces insultes et à "ces provocations", jusqu'à être maltraitants physiquement d'après le patient. Le vécu d'injustice et le sentiment de persécution du patient se sont progressivement aggravés jusqu'à ce qu'il agresse physiquement plusieurs surveillants. Le passage à l'acte a permis la prise en charge thérapeutique du patient, mais allait probablement entraîner d'autres sanctions disciplinaires mais aussi pénales sévères.

Les études précédemment citées mettent en évidence la forte prévalence de la symptomatologie dépressive en milieu carcéral. Il peut s'agir d'épisodes dépressifs dans le cadre d'un trouble bipolaire, d'un trouble dépressif récurrent ou d'un épisode dépressif isolé. Le suicide est la complication la plus redoutée de l'épisode dépressif sévère. Nous avons vu que l'isolement relationnel et les conditions sévères d'isolement physique étaient des facteurs associés à un plus haut risque de suicide. On peut donc penser que le sujet déprimé sera plus à risque de passage à l'acte suicidaire dans de telles conditions d'isolement.

En ce qui concerne les troubles psychotiques, les réactions aux conditions d'isolement semblent variables. La tolérance des sujets souffrant de schizophrénie à l'isolement dépendrait de la symptomatologie prédominante (14).

Puisque l'isolement physique et la pauvreté des stimulations sensorielles favorisaient les phénomènes hallucinatoires chez des sujets sains en situation expérimentale, il est envisageable que de telles conditions soient encore plus pathogènes chez des sujets vulnérables. Les sujets psychotiques rapportent fréquemment une recrudescence des phénomènes hallucinatoires dans de telles circonstances (cf. vignette 7). Plus l'isolement est sévère et plus le risque de décompensation psychotique paraît important (cf. vignette 5 et 6).

Dans certains cas, le syndrome délirant et la désorganisation seront aggravés par l'anxiété liée aux conditions d'isolement et favoriseront le risque de passage à l'acte.

Dans d'autres cas, pour les sujets présentant une symptomatologie psychotique déficitaire et un repli autistique important, l'isolement relationnel et la restriction de

l'environnement seront "bien tolérés", (cf. vignette 5) ils n'engendreront pas d'états d'agitation ou de passages à l'acte. Cependant le manque de stimulation cognitive, lié à l'isolement relationnel, au caractère répétitif du mode de vie, à l'absence d'initiative, aggraveront progressivement la symptomatologie et l'altération cognitive de ces patients.

Vignette 5

Monsieur C. était un patient de 28 ans incarcéré au QLP depuis plus d'un an pour une peine de 15 ans. Il avait déjà effectué 5 ans dans d'autres centres de détention. Il ne présentait pas d'antécédents psychiatriques, mais une forte dépendance au cannabis.

Peu de temps après son arrivée au QLP (connu pour ses conditions sévères d'isolement des détenus), le comportement de Monsieur C. s'est progressivement modifié, il s'est isolé des autres, acceptant plus rarement les activités et les promenades. Il s'était construit une sorte "d'abri" dans sa cellule avec des draps, et accumulait certains objets et des restes de nourriture. Sa bizarrerie, connue des surveillants depuis plusieurs mois, n'a été signalée au psychiatre que lorsque le repli du patient s'est aggravé avec un quasi mutisme et des conduites d'opposition franches. Du fait du comportement calme, non agressif du patient, la prise en charge thérapeutique a été retardée de plusieurs mois.

Vignette 6

Monsieur D. était un patient de 25 ans arrivé dans notre service pour une décompensation psychotique au QLP du Centre Pénitentiaire où il était incarcéré depuis 6 mois. D'origine Kanak, il avait été

transféré en Métropole depuis 2011, et avait d'abord été placé dans un centre de détention de la Région Parisienne. Depuis son incarcération en Nouvelle-Calédonie, 5 ans auparavant, aucun antécédent psychiatrique n'avait été signalé. Monsieur D. consommait rarement du cannabis en détention.

Monsieur D. a été signalé par le personnel pénitentiaire devant des troubles du comportement d'aggravation progressive : repli sur soi, mutisme, contact étrange. Il dormait par terre, refusait de s'alimenter, et présentait une désorganisation comportementale majeure, des gestes stéréotypés et des attitudes d'opposition.

Dans le service, la mise à distance de l'environnement et le traitement antipsychotique ont permis une amélioration rapide de la symptomatologie. Il rapportait des antécédents d'hallucinations auditives il y a plusieurs années, et expliquait que les troubles n'avaient récidivé que peu de temps après son arrivée au QLP, connu pour être très sécuritaire, avec des conditions d'isolement sévères.

Vignette 7

Monsieur G. avait été hospitalisé peu de temps après son incarcération, au décours d'un passage à l'acte hétéro agressif grave dans un contexte de décompensation délirante aggravée par la consommation de toxiques.

Lors de son bref passage en Maison d'Arrêt, il avait été placé au QI où il avait expérimenté une recrudescence de phénomènes hallucinatoires très angoissante et traumatique, et restait plusieurs mois après persuadé que tous les détenus de cet établissement voulaient "lui faire la peau", "ils les avaient entendus". En isolement, les symptômes du patient s'étaient aggravés.

Dans le service, le syndrome délirant du patient s'était progressivement amendés mais il se plaignait régulièrement de phénomènes hallucinatoires lorsqu'il retournait en chambre le soir, voyant des

souris, ou parfois une vieille dame qui venait lui parler ou entendant une voix petite voix qui répétait son nom. Il avait conscience du caractère pathologique de ces hallucinations qui survenaient particulièrement lorsqu'il était "enfermé".

3. Les déficits intellectuels

Les sujets présentant une déficience intellectuelle sont vulnérables en milieu carcéral. Ils auraient une grande difficulté à supporter l'isolement relationnel, et seraient plus susceptibles de ressentir un sentiment de solitude et de souffrir du manque de soutien social. Le risque de suicide serait plus élevé pour ces sujets (87).

D'après Hassiotis et al., les détenus souffrant d'une déficience intellectuelle seraient plus à risque de développer des troubles psychotiques et de consommer des toxiques (notamment du cannabis) en détention (87). La pauvreté des stimulations environnementales en cas d'isolement sévère sera donc probablement responsable d'un risque plus élevé de complications psychopathologiques sévères pour ces sujets.

Les personnes souffrant d'une déficience intellectuelle sont fréquemment victimes de moqueries, d'abus, voire de maltraitance de la part des autres détenus et parfois des surveillants, ce qui favorise les réactions anxieuses ou dépressives et les passages à l'acte hétéro ou auto agressifs (cf. vignette 9).

Vignette 8

Monsieur I., âgé de 22 ans, avait été admis dans le service pour des troubles du comportement persistant après l'agression d'un surveillant en détention.

Monsieur I. présentait un déficit intellectuel modéré et rapportait des consommations fréquentes de cannabis en détention. Il avait déjà été incarcéré à plusieurs reprises et hospitalisé plusieurs fois lors de ses incarcérations pour des troubles du comportement, voire des symptômes psychotiques à type de désorganisation intellectuelle et comportementale et de phénomènes hallucinatoires.

Il présentait une immaturité importante, un contact familial et était en recherche constante d'attention, ne supportant pas d'être seul.

En détention, il était régulièrement victime de moqueries de la part des surveillants qui le connaissait bien, sans doute d'autres détenus aussi, mais il se sentait particulièrement persécuté par le personnel pénitentiaire. Monsieur I. expliquait qu'il avait été malade, et qu'un surveillant s'était à nouveau moqué de lui, se sentant particulièrement humilié, il avait réagi violemment et avait frappé ce surveillant. Il avait alors été placé au QD, où il avait présenté une anxiété, une agitation et des gestes hétéro agressifs, avant d'être hospitalisé. Les troubles s'étaient rapidement amendés à l'hôpital. Ce passage à l'acte lui aura valu des sanctions disciplinaires et probablement des complications judiciaires.

4. Les risques pour le malade souffrant de pathologie psychiatrique

L'isolement en milieu carcéral est délétère pour le malade souffrant de pathologie psychiatrique et favorise le développement de complications psychiatriques, judiciaires, et sociales.

Les détenus souffrant de troubles psychiatriques sévères sont vulnérables et seraient plus à risque d'être victime de violences physiques de la part des autres détenus mais aussi des surveillants, que les détenus exempts de troubles psychiatriques (88). Ces violences sont des facteurs de stress favorisant les réactions anxieuses et dépressives, les états de stress post traumatiques, voire les décompensations de maladies psychiatriques sévères, et peuvent favoriser le passage à l'acte.

En milieu carcéral, le malade souffrant de pathologie psychiatrique accèdera plus difficilement à des soins adaptés. Les causes en sont multiples : insuffisance de l'offre de soins en milieu carcéral, l'absence de demande (réticence du patient à rapporter les troubles, absence de proche susceptibles de porter la demande, difficulté du diagnostic psychiatrique en milieu carcéral), stigmatisation du "malade psychiatrique détenu" (qualité moindre des soins en service de psychiatrie par la durée limitée des hospitalisations).

La prise en charge sera tardive et entraînera un retard thérapeutique délétère pour le pronostic de la maladie et qui majorera le risque de complications. En effet, les sujets présentant des syndromes délirants productifs ou une désorganisation importante seront plus facilement repérés par l'administration pénitentiaire, du fait des troubles du comportement associés, mais il n'est pas rare que ce soit le passage à l'acte auto ou hétéro agressif qui motive le signalement et la prise en charge thérapeutique. Si le trouble du comportement n'est pas interprété comme étant pathologique, mais comme une provocation, le sujet risque alors des sanctions disciplinaires, telle que la mise au QD où les troubles risquent de s'aggraver (cf. vignette 2,4,8). Au contraire, si le comportement

“bizarre” de ces patients reste calme et n’oppose pas de problèmes au fonctionnement de l’institution, ils ne seront pas forcément signalés au service de santé de la prison, ou le seront tardivement (cf. vignette 3).

Certaines pathologies favorisent les troubles de comportement et les passages à l’acte et peuvent aggraver la situation judiciaire du détenu qui sera plus exposé aux sanctions disciplinaires et risquera de voir sa peine s’allonger (cf. vignette 4,8).

Dans la communauté, les malades souffrant de pathologie psychiatrique sont une population plus marginalisée et plus isolée sur le plan relationnel que la population générale. Le temps passé en détention aura d’autant plus de chance d’aggraver l’isolement social des sujets souffrant de troubles psychiatriques, qui ont plus de difficultés à conserver un lien avec leurs proches au cours de leur peine.

Les conséquences psychopathologiques liées à l’isolement en milieu carcéral chez les sujets souffrant de troubles psychiatriques, et leurs complications sont résumées dans le tableau 3.

Tableau 3 : Conséquences psychopathologiques de l'isolement en milieu carcéral chez les sujets souffrant de troubles psychiatriques et complications

Troubles psychiatriques	Conséquences psychiatriques de l'isolement en milieu carcéral	Complications
Troubles de personnalité		
TPAS	Troubles du comportement Risque auto et hétéro agressif Episodes psychotiques aigus	
TPB	Réactions anxieuses et dépressives Episodes psychotiques aigus, hallucinations Auto mutilations, risque auto agressif Vécu abandonnique	Sanctions disciplinaires ou pénales Comorbidité psychiatriques
TPP	Majoration des idées de persécution Episodes psychotiques aigus Hétéro agressivité	
Trouble de l'humeur		
Trouble bipolaire	Décompensations fréquentes Syndrome délirant	Aggravation du pronostic psychiatrique Sanctions disciplinaires ou pénales
Episode dépressif caractérisé	Risque suicidaire	
Psychose		
Psychose chronique	Risque de décompensations aiguës Adaptation variable à l'isolement	Aggravation du pronostic psychiatrique
Symptômes positifs	Thématique de persécution fréquente Etats d'agitation Majoration des symptômes Anxiété Auto et hétéro agressivité	Victimisation Sanctions disciplinaires ou pénales
Symptômes négatifs	Adaptation pauci symptomatique	Retard diagnostic Isolement relationnel
Déficience intellectuelle		
	Troubles de l'adaptation avec réactions anxieuses ou dépressives Episodes psychotiques aigus Risque auto et hétéroagressif	Sanctions disciplinaires ou pénales Victimisation Comorbidité psychiatrique

CONCLUSION

L'isolement peut avoir des conséquences psychopathologiques néfastes voire favoriser l'émergence de troubles psychiatriques sévères dans certaines situations expérimentales ou des contextes scientifiques chez des sujets sains et volontaires (Tableau 1). Les modalités les plus pathogènes de l'isolement sont celles qui caractérisent l'isolement en milieu carcéral, et la population arrivant en détention présente une vulnérabilité sur le plan social et psychiatrique.

En milieu carcéral, les conditions extrêmes d'isolement physique et relationnel imposées par le confinement solitaire peuvent favoriser l'émergence de troubles psychiatriques sévères (Tableau 2). Le confinement solitaire ne devrait donc être utilisé qu'en dernier recours, être très limité dans le temps, et encadré par des personnes capables de dépister l'émergence de troubles psychiatriques. L'Histoire nous a montré les effets néfastes d'un isolement trop sévère et trop long sur la santé mentale des détenus. Pourtant des prisons fondées sur le modèle de l'isolement solitaire prolongé se développent, particulièrement aux États Unis avec les "Supermax Units", mais aussi à présent en France avec l'ouverture de nouvelles Maisons Centrales de Haute Sécurité.

L'isolement prolongé dans le temps, dans le cas des longues peines, semble aussi avoir des conséquences psychopathologiques notables et potentiellement préjudiciables pour l'adaptation à la libération (Tableau 2). L'isolement prolongé de la société ne paraît pas être un bon préalable à la réinsertion d'une population marginalisée initialement. Les programmes de réinsertion, les permissions, les activités en détention, le maintien des

liens avec l'entourage devraient être une priorité.

La majorité des détenus ne présentera pas de troubles psychiatriques et ne se suicidera pas en prison, mais les résultats épidémiologiques concernant les maladies mentales en milieu carcéral sont préoccupants en comparaison avec la population générale. Les causes de cette surmorbidity et les effets du milieu carcéral chez les malades souffrant de pathologie psychiatrique sont insuffisamment étudiés.

Une attention particulière doit être portée aux malades souffrant de pathologie psychiatrique en milieu carcéral. Le dépistage des troubles devrait être amélioré, par exemple par une sensibilisation voire une formation des surveillants au dépistage de certains symptômes, pour ne pas retarder les prises en charges thérapeutiques. Il paraît aussi important de préserver les détenus présentant des troubles psychiatriques des conditions les plus sévères d'isolement, le confinement solitaire devrait être contre indiqué pour ces sujets, et la durée des peines limitée.

Il existe de plus une forte contradiction entre le sens de la peine, fondée sur la responsabilité du condamné, et l'incarcération d'une proportion croissante de personnes présentant des maladies mentales graves (3). La perte de contact avec la réalité peut limiter les capacités à comprendre l'objet de la sanction pénale. Si l'incarcération n'aboutit pas à une introspection et à une réflexion mais à un sentiment accru de victimisation et de mise à l'écart pour les malades souffrant de pathologie psychiatrique, la question d'une approche alternative est à envisager (89).

BIBLIOGRAPHIE

1. Fazel S, Baillargeon J. The health of prisoners. *The Lancet*. 18 mars 2011;377(9769):956-965.
2. Justice / Portail / Les chiffres clefs [Internet]. [cité 5 mai 2014]. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/les-chiffres-clefs-10041/>
3. Comité Consultatif National d'Ethique [Internet]. [cité 26 avr 2014]. Disponible sur: <http://www.ccne-ethique.fr/fr/publications/la-sante-et-la-medecine-en-prison#.U1vOeFcRcQ0>
4. Définitions : isolement - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 15 juin 2014]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/isolement/44469>
5. Insee - Conditions de vie-Société - Isolement relationnel et mal-être [Internet]. [cité 27 avr 2014]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&ref_id=ip931
6. Fässberg MM, Orden KA van, Duberstein P, Erlangsen A, Lapierre S, Bodner E, et al. A Systematic Review of Social Factors and Suicidal Behavior in Older Adulthood. *Int J Environ Res Public Health*. 1 mars 2012;9(12):722-745.
7. AAAS 2014: Loneliness is a major health risk for older adults | UChicago News [Internet]. [cité 21 avr 2014]. Disponible sur: <http://news.uchicago.edu/article/2014/02/16/aaas-2014-loneliness-major-health-risk-older-adults>
8. Steptoe A, Shankar A, Demakakos P, Wardle J. Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *Proc Natl Acad Sci*. 9 avr 2013;110(15):5797-5801.
9. Catalano G, Houston SH, Catalano MC, Butera AS, Jennings SM, Hakala SM, et al. Anxiety and depression in hospitalized patients in resistant organism isolation. *South Med J*. févr 2003;96(2):141-145.
10. Abad C, Fearday A, Safdar N. Adverse effects of isolation in hospitalised patients: a systematic review. *J Hosp Infect*. oct 2010;76(2):97-102.
11. Interventions for reducing the use of seclusion in psychiatric facilities [Internet]. [cité 1 avr 2014]. Disponible sur: <http://bjp.rcpsych.org/doc-distant.univ-lille2.fr/content/191/4/298.long>
12. Palazzolo J. À propos de l'utilisation de l'isolement en psychiatrie : le témoignage de patients [Internet]. *EM-Consulte*. [cité 16 juin 2014]. Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/article/83268/alertePM>

13. Fisher WA. Restraint and seclusion: a review of the literature. *Am J Psychiatry*. nov 1994;151(11):1584-1591.
14. Grassian S, Friedman N. Effects of sensory deprivation in psychiatric seclusion and solitary confinement. *Int J Law Psychiatry*. 1986;8(1):49-65.
15. Palinkas LA, Suedfeld P. Psychological effects of polar expeditions. *Lancet*. 12 janv 2008;371(9607):153-163.
16. Long Duration Psychology [Internet]. [cité 27 avr 2014]. Disponible sur: <http://history.nasa.gov/SP-4225/long-duration/long.htm>
17. Grassian S. Psychopathological effects of solitary confinement. *Am J Psychiatry*. nov 1983;140(11):1450-1454.
18. SCHULMAN CA, RICHLIN M, WEINSTEIN S. Hallucinations and Disturbances of Affect, Cognition, and Physical State as a Function Of sensory Deprivation. *Percept Mot Skills*. 1967;25(3):1001-24.
19. Beaumont G de, Tocqueville A de. *Du système pénitentiaire aux États-Unis, et de son application en France: suivi d'un appendice sur les colonies pénales et de notes statistiques*. Fournier; 1833. 468 p.
20. Justice / Portail / Visite historique [Internet]. [cité 7 avr 2014]. Disponible sur: <zotero://attachment/169/>
21. Beccaria C. *Des Délits et des peines*. 1821. 422 p.
22. Justice / Portail / Les structures pénitentiaires [Internet]. [cité 5 avr 2014]. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/ladministration-penitentiaire-10037/les-structures-penitentiaires-14557.html>
23. Thomas P, Adins-Avinée C. *Psychiatrie en milieu carcéral*. Elsevier Masson.
24. Bulletin Officiel du ministère de la Justice [Internet]. [cité 8 mai 2014]. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/bulletin-officiel/dap73c.htm>
25. Gil-Roblès A. *Rapport 2006 sur le respect effectif des droits de l'homme en France*. Éditions des Équateurs; 2006.
26. The Istanbul Statement on the Use and Effects of Solitary Confinement. *Torture Q J Rehabil Torture Vict Prev Torture*. 2008;18(1):63-66.
27. Smith PS. Solitary confinement. An introduction to the Istanbul Statement on the Use and Effects of Solitary Confinement. *Torture Q J Rehabil Torture Vict Prev Torture*. 2008;18(1):56-62.

28. Sestoft DM, Andersen HS, Lillebaek T, Gabrielsen G. Impact of solitary confinement on hospitalization among Danish prisoners in custody. *Int J Law Psychiatry*. 1998;21(1):99-108.
29. [The mental health of new prisoners or of ... [Encephale. 2004 Nov-Dec] - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 3 avr 2014]. Disponible sur: [zotero://attachment/63/](#)
30. Social and health status of arr... [Rev Epidemiol Sante Publique. 2001] - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 3 avr 2014]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/doc-distant.univ-lille2.fr/pubmed/11427826>
31. Dettbarn E. Effects of long-term incarceration: a statistical comparison of two expert assessments of two experts at the beginning and the end of incarceration. *Int J Law Psychiatry*. juin 2012;35(3):236-239.
32. Fazel S, Bains P, Doll H. Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review. *Addiction*. févr 2006;101(2):181-191.
33. Jenkins R, Bhugra D, Meltzer H, Singleton N, Bebbington P, Brugha T, et al. Psychiatric and social aspects of suicidal behaviour in prisons. *Psychol Med*. févr 2005;35(2):257-269.
34. Driessen M, Schroeder T, Widmann B, von Schönfeld C-E, Schneider F. Childhood trauma, psychiatric disorders, and criminal behavior in prisoners in Germany: a comparative study in incarcerated women and men. *J Clin Psychiatry*. oct 2006;67(10):1486-1492.
35. Prevalence of mental disorders in French pris... [BMC Psychiatry. 2006] - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 20 oct 2013]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/doc-distant.univ-lille2.fr/pubmed/16923177>
36. Psychiatric disorders and repeat incarcerati... [Am J Psychiatry. 2009] - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 7 avr 2014]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/doc-distant.univ-lille2.fr/pubmed/?term=Psychiatric+disorders+and+repeat+incarcerations%3A+the+revolving+prison+door.+Am+J+Psychiatry>
37. Fazel S, Lichtenstein P, Grann M, Goodwin GM, Långström N. Bipolar disorder and violent crime: new evidence from population-based longitudinal studies and systematic review. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67(9):931-8.
38. Fazel S, Yu R. Psychotic Disorders and Repeat Offending: Systematic Review and Meta-analysis. *Schizophr Bull*. 1 juill 2011;37(4):800-810.
39. Nurse J, Woodcock P, Ormsby J. Influence of environmental factors on mental health within prisons: focus group study. *BMJ*. 30 août 2003;327(7413):480.

40. Haney C. Mental Health Issues in Long-Term Solitary and « Supermax » Confinement. *Crime Delinquency*. 1 janv 2003;49(1):124-156.
41. Roma P, Pompili M, Lester D, Girardi P, Ferracuti S. Incremental conditions of isolation as a predictor of suicide in prisoners. *Forensic Sci Int*. 10 déc 2013;233(1-3):e1-2.
42. Andersen HS, Sestoft D, Lillebaek T, Gabrielsen G, Hemmingsen R, Kramp P. A longitudinal study of prisoners on remand: psychiatric prevalence, incidence and psychopathology in solitary vs. non-solitary confinement. *Acta Psychiatr Scand*. juill 2000;102(1):19-25.
43. Suedfeld P, Ramirez C, Deaton J, Baker-Brown G. Reactions and Attributes of Prisoners in Solitary Confinement. *Crim Justice Behav*. 9 janv 1982;9(3):303-340.
44. Gendreau P, Bonta J. Solitary Confinement is Not Cruel and Unusual Punishment: People Sometimes Are. *Can J Criminol*. 1984;26:467.
45. Smith PS. The Effects of Solitary Confinement on Prison Inmates: A Brief History and Review of the Literature. *Crime Justice*. 1 janv 2006;34(1):441-528.
46. Andersen HS, Sestoft D, Lillebaek T, Gabrielsen G, Hemmingsen R. A longitudinal study of prisoners on remand: repeated measures of psychopathology in the initial phase of solitary versus nonsolitary confinement. *Int J Law Psychiatry*. avr 2003;26(2):165-177.
47. Amad A, Geoffroy PA, Vaiva G, Thomas P. [Personality and personality disorders in the elderly: diagnostic, course and management]. *L'Encéphale*. oct 2013;39(5):374-382.
48. Specht J, Egloff B, Schmukle SC. Stability and change of personality across the life course: the impact of age and major life events on mean-level and rank-order stability of the Big Five. *J Pers Soc Psychol*. oct 2011;101(4):862-882.
49. Chow WS, Priebe S. Understanding psychiatric institutionalization: a conceptual review. *BMC Psychiatry*. 2013;13(1):169.
50. Haney C. Psychological impact of incarceration implications for post-prison adjustment.
51. Rasch W. The effects of indeterminate detention: A study of men sentenced to life imprisonment. *Int J Law Psychiatry*. 1981;4(3):417-31.
52. Dudeck M, Drenkhahn K, Spitzer C, Barnow S, Kopp D, Kuwert P, et al. Traumatization and mental distress in long-term prisoners in Europe. *Punishm Soc*. 1 oct 2011;13(4):403-423.

53. Goff A, Rose E, Rose S, Purves D. Does PTSD occur in sentenced prison populations? A systematic literature review. *Crim Behav Ment Health*. 1 juill 2007;17(3):152-162.
54. Vaiva G, Jehel L, Cottencin O, Ducrocq F, Duchet C, Omnes C, et al. Prévalence des troubles psychotraumatiques en France métropolitaine. *L'Encéphale*. déc 2008;34(6):577-583.
55. Liem M, Kunst M. Is there a recognizable post-incarceration syndrome among released « lifers »? *Int J Law Psychiatry*. août 2013;36(3-4):333-337.
56. Herman JL. Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *J Trauma Stress*. 1 juill 1992;5(3):377-391.
57. Joukamaa M. The mortality of released Finnish prisoners; a 7 year follow-up study of the WATTU project. *Forensic Sci Int*. 31 août 1998;96(1):11-19.
58. Pratt D, Piper M, Appleby L, Webb R, Shaw J. Suicide in recently released prisoners: a population-based cohort study. *Lancet*. 8 juill 2006;368(9530):119-123.
59. Dye MH. Deprivation, importation, and prison suicide: Combined effects of institutional conditions and inmate composition. *J Crim Justice*. juill 2010;38(4):796-806.
60. Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *The lancet*. 2002;359(9306):545-50.
61. Fazel S, Seewald K. Severe mental illness in 33 588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. *Br J Psychiatry*. 1 mai 2012;200(5):364-373.
62. Fazel S, Xenitidis K, Powell J. The prevalence of intellectual disabilities among 12 000 prisoners — A systematic review. *Int J Law Psychiatry*. août 2008;31(4):369-373.
63. Falissard B, Loze J-Y, Gasquet I, Duburc A, de Beaurepaire C, Fagnani F, et al. Prevalence of mental disorders in French prisons for men. *BMC Psychiatry*. 2006;6(1):33.
64. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2004;(420):21-27.
65. Way BB, Miraglia R, Sawyer DA, Beer R, Eddy J. Factors related to suicide in New York state prisons. *Int J Law Psychiatry*. juin 2005;28(3):207-221.

66. Fazel S, Grann M, Kling B, Hawton K. Prison suicide in 12 countries: an ecological study of 861 suicides during 2003–2007. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* mars 2011;46(3):191-195.
67. Joukamaa M. Prison suicide in Finland, 1969-1992. *Forensic Sci Int.* 6 oct 1997;89(3):167-174.
68. Fazel S, Benning R, Danesh J. Suicides in male prisoners in England and Wales, 1978-2003. *Lancet.* 8 oct 2005;366(9493):1301-1302.
69. Albrand L. La prévention du suicide en milieu carcéral, rapport au Garde des Sceaux.
70. Rivlin A, Hawton K, Marzano L, Fazel S. Psychosocial Characteristics and Social Networks of Suicidal Prisoners: Towards a Model of Suicidal Behaviour in Detention. Mazza M, éditeur. *PLoS ONE.* 29 juill 2013;8(7):e68944.
71. Fruehwald S. Suicide in custody: Case-control study. *Br J Psychiatry.* 1 déc 2004;185(6):494-498.
72. Frühwald S, Frottier P. Suicide in prison. *Lancet.* 8 oct 2005;366(9493):1242-1244.
73. Salive ME, Smith GS, Brewer T. Suicide mortality in the maryland state prison system, 1979 through 1987. *JAMA.* 21 juill 1989;262(3):365-369.
74. Haycock J. Comparative suicide rates in different types of involuntary confinement. *Med Sci Law.* avr 1993;33(2):128-136.
75. Fazel S, Cartwright J, Norman-Nott A, Hawton K. Suicide in prisoners: a systematic review of risk factors. *J Clin Psychiatry.* 2008;69(11):1721-31.
76. Ill EJ, Guelfi J-D, Rouillon F. Manuel de psychiatrie. Elsevier Masson; 2012. 2491 p.
77. Tribolet S, Shahidi M. Nouveau précis de sémiologie des troubles psychiques. Heures de France; 2005. 484 p.
78. Singleton N, Meltzer H, Gatward R. Psychiatric morbidity among prisoners: a summary report [Internet]. 1997. Disponible sur: <http://www.ons.gov.uk/ons/rel/psychiatric-morbidity/psychiatric-morbidity-among-prisoners/psychiatric-morbidity-among-prisoners--summary-report/psychiatric-morbidity---among-prisoners--summary-report.pdf>
79. Riesco Y, Pérez Urdániz A, Rubio V, Izquierdo JA, Sánchez Iglesias S, Santos JM, et al. [The evaluation of personality disorders among inmates by IPDE and MMPI]. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines.* juin 1998;26(3):151-154.

80. Association AP. DSM-IV-TR: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Elsevier Masson; 2004. 1146 p.
81. Pearse LJ, Dibben C, Ziauddeen H, Denman C, McKenna PJ. A Study of Psychotic Symptoms in Borderline Personality Disorder: *J Nerv Ment Dis.* mai 2014;202(5):368-371.
82. Schroeder K, Fisher HL, Schäfer I. Psychotic symptoms in patients with borderline personality disorder: prevalence and clinical management. *Curr Opin Psychiatry.* janv 2013;26(1):113-119.
83. Barnow S, Arens EA, Sieswerda S, Dinu-Biringer R, Spitzer C, Lang S. Borderline personality disorder and psychosis: a review. *Curr Psychiatry Rep.* juin 2010;12(3):186-195.
84. Slade K, Forrester A. Measuring IPDE-SQ personality disorder prevalence in pre-sentence and early-stage prison populations, with sub-type estimates. *Int J Law Psychiatry.* mai 2013;36(3-4):207-212.
85. Amad A, Adins C. Le bipolaire, la prison et la loi. *Lett Psychiatre.* févr 2013;9(1):20-23.
86. Bodon-Bruzel M. Psychiatrie en milieu pénitentiaire. *EMC - Psychiatr.* janv 2013;10(1):1-17.
87. Hassiotis A, Gazizova D, Akinlonu L, Bebbington P, Meltzer H, Strydom A. Psychiatric morbidity in prisoners with intellectual disabilities: analysis of prison survey data for England and Wales. *Br J Psychiatry.* 1 août 2011;199(2):156-157.
88. Blitz CL, Wolff N, Shi J. Physical victimization in prison: The role of mental illness. *Int J Law Psychiatry.* oct 2008;31(5):385-393.
89. Yang S, Kadouri A, Révah-Lévy A, Mulvey EP, Falissard B. Doing time: a qualitative study of long-term incarceration and the impact of mental illness. *Int J Law Psychiatry.* oct 2009;32(5):294-303.

AUTEUR : Nom : MEYER

Prénom : Isabelle

Date de Soutenance : 7 juillet 2014

Titre de la Thèse : Clinique de l'isolement en milieu carcéral

Thèse - Médecine - Lille 2014

Cadre de classement : DES de Psychiatrie

Mots-clés : Isolement, milieu carcéral, prison, psychiatrie, troubles psychiatriques

Résumé :

La peine d'emprisonnement, sanction pénale la plus sévère en France, repose sur le principe de l'isolement. Les détenus sont isolés de la société et de leur proches mais aussi isolés physiquement, par les murs, dans une institution au fonctionnement singulier. Quelles sont les conséquences psychopathologiques de l'isolement en milieu carcéral?

L'isolement, qu'il soit relationnel ou physiquement objectivable, ou les deux à la fois, peut être expérimenté dans des situations variées en dehors du milieu carcéral, et avoir des conséquences notables sur l'état émotionnel et le psychisme des individus.

Les conditions de l'isolement en milieu carcéral se distinguent par leur sévérité, leur durée, et par le fait que les sujets qui y sont soumis présentent des facteurs de vulnérabilité sur le plan social et psychiatrique.

La forte prévalence des troubles psychiatriques et du suicide en prison a été largement démontrée et pourrait être expliquée par la vulnérabilité de la population incarcérée, et par la pathogénicité de l'isolement et de l'institution même chez des sujets sans antécédents psychiatriques.

Il existe une corrélation entre la sévérité de l'isolement en prison et l'émergence de troubles psychiatriques. L'isolement prolongé lors des longues peines pourrait de plus être responsable d'une forme d'institutionnalisation spécifique favorisant l'adaptation en milieu carcéral mais compromettant l'adaptation à la libération.

Chez les sujets souffrant de troubles psychiatriques, l'isolement en milieu carcéral semble particulièrement néfaste, favorisant l'aggravation des troubles psychiatriques, et les complications sociales et judiciaires.

L'isolement sévère et de longue durée en milieu carcéral devrait être mieux encadré pour limiter les complications psychiatriques, et l'incarcération des sujets présentant des troubles psychiatriques majeurs doit être remise en question.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs : Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA

Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Monsieur le Docteur Ali AMAD

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Ali AMAD

