



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2021

**THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**Des troubles psychiatriques à la mise en Quartier Disciplinaire :
*quand la peine d'isolement aggrave les peines***

Présentée et soutenue publiquement le 22 Septembre 2021 à 14h30
au Pôle Formation
par Anna ARNAUD

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseur :

Madame le Docteur Alice DEMESMAEKER

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Bettina BELET

Avertissement

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

ABREVIATIONS

ATCD Antécédent

BGD Bureau de Gestion de la Détention

BPRS Brief Psychiatric Rating Scale

CATTP Centres d'Activités Thérapeutiques à Temps Partiel

CI Intervalle de Confiance

CMP Centres Médico-Psychologique

CMPR Centre Médico-Psychologiques Régionaux

CPROU Cellule de Protection d'Urgence

CSAPA Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

DSP Dispositifs de Soins Psychiatrique

EDC Épisode Dépressif Caractérisé

HDJ Hôpital de Jours

HR Hazard Ratio

IMU Intensive Management Unit

IMV Ingestion Médicamenteuse Volontaire

MINI Mini International Neuropsychiatric Interview

OIP Observatoire International des Prisons

OR Odd Ration

PAA Passage à l'acte

SDRE Soin à la Demande d'un Représentant de l'État

SHU Special Housing Units

SMU Special Management Unit

SPIP Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation

SMPR Services Médico-Psychologiques Régionaux

TAG Trouble Anxieux Généralisé

UCSA Unités de Consultation et de Soins Ambulatoires

UHSA Unité d'Hospitalisation Spécialement Aménagée

UHSI Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale

UMD Unités pour Malades Difficiles

USMP Unité Sanitaires en Milieu Pénitentiaires

QD Quartier Disciplinaire

QI Quartier Isolement

SL Soins Libre

TSPT trouble de stress post-traumatique

TABLE DES MATIÈRES

I) INTRODUCTION	9
A. Organisation des soins psychiatriques en milieu carcéral	9
1. Histoire	9
2. Une politique de santé nationale : des soins en trois niveaux	11
3. Dispositifs de soins psychiatriques pour les personnes détenues dans la région des Hauts-de-France	14
B. Densité et épidémiologie carcérale	16
1. Densité carcérale mondiale et en France	16
2. Épidémiologie en milieu carcéral : état de santé mentale des personnes détenues	18
3. Épidémiologie en milieu carcéral : état de santé mentale des personnes détenues dans le Nord et le Pas de Calais.....	23
C. Le quartier disciplinaire	24
1. Description du quartier disciplinaire	24
2. Quartier disciplinaire et troubles psychiatriques	27
D. Revue de la littérature	28
1. Matériels et Méthodes.....	28
2. Résultats.....	35
3. Limites et biais de la revue de la littérature	41
II) ETUDE PORTANT SUR LE QUARTIER DISCIPLINAIRE DE LA PRISON D'ANNOEULLIN	43
A. Matériel et Méthodes.....	43
B. Résultats.....	45
III) DISCUSSION.....	51
A. Le QD et les troubles mentaux : un effet boule de neige	51
1. Les détenus présentant un trouble mental sont plus à risque d'être isolés en QD	52
2. Le QD est un facteur de risque de tentative de suicide et de troubles de la santé mentale	61

B.	Limitier l'isolement des détenus souffrant de troubles mentaux, limiter l'impact de	
	l'isolement sur la santé mentale : une réflexion en amont, pendant et en aval du placement en	
QD.....		64
1.	Des mesures de prévention primaire	65
2.	Une prise en charge à améliorer lors du placement en QD et à l'isolement.....	66
3.	Un retour progressif à la détention classique ?	68
C.	Ouvertures :	69
1.	Prison dans la prison : une efficacité questionnée.....	69
2.	Un questionnement éthique	71
3.	Des idées de réformes.....	75
4.	Limites de notre étude en France	78
IV)	CONCLUSION	80
V)	BIBLIOGRAPHIE.....	82

I) INTRODUCTION

A. Organisation des soins psychiatriques en milieu carcéral

Histoire

La publication du Code pénal en 1810 constitue l'acte fondateur de la psychiatrie légale moderne en France. La loi prévoit en effet la possibilité de recourir à un psychiatre (nommé à l'époque « aliéniste ») afin de repérer les criminels souffrant de troubles psychiatriques (désignées alors par le terme d'« aliénés mentaux »). Si un trouble psychiatrique est identifié, le Code pénal prévoit alors l'absence de responsabilité de l'accusé, et une peine de prison ne peut donc être prononcée. Dès cette époque, la prison est estimée comme un lieu non adapté au bon rétablissement des personnes souffrant de maladie mentale. Celles-ci devaient être placées en « asiles d'aliénés » (ancêtres des hôpitaux psychiatriques actuels).

La « Loi Esquirol », n°7443 promulguée le 30 juin 1838 fonde l'organisation des soins psychiatriques, et stipule que « dans aucun cas, les aliénés ne pourront être ni conduits avec les condamnés ou les prévenus, ni déposés dans une prison » (article 24).

En 1947, suite à la « réforme Amor », est créé le *Centre d'Observation spécialisé pour détenus psychopathes*, au centre pénitentiaire de Château-Thierry. Il s'agit d'un centre regroupant services sociaux et médico-psychologiques, qui ont pour fonction dans un premier temps d'accueillir les détenus qualifiés de « psychopathes »,

puis dans un second temps, ceux souffrant de troubles mentaux sévères ou de troubles du comportement.

En 1958, la loi officialise la présence de services psychiatriques dans les maisons d'arrêts, sans en définir le statut. L'administration pénitentiaire recrute alors des psychiatres pour des vacations et des infirmiers issus de l'administration pénitentiaire ou de la Croix Rouge.

La mise en place de ces soins psychiatriques en prison mène à la création en 1967 des Centres Médico-Psychologiques Régionaux (CMPR). L'assistance médico-psycho-sociale en milieu carcéral devient alors une obligation, mais l'équipe de soin reste sous l'autorité du directeur pénitentiaire. En 1977 les CMPR et les services publics de santé s'articulent, afin d'assurer la continuité des soins apportés aux détenus. La prise en charge financière des équipes soignantes est opérée par le département dont elle dépend, permettant alors une indépendance des soins.

En 1986, les CMPR sont remplacés par les Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR), que nous connaissons encore ce jour.

La loi du 19 janvier 1994 donne accès aux soins du service public pour les personnes détenues : chaque prison est rattachée à un hôpital public, et sont fondés les Unités de Consultation et de Soins Ambulatoires (UCSA) et les Dispositifs de Soins Psychiatrique (DSP) dans les prisons ne possédant pas de SMPR. Chaque détenu est affilié au régime général de la Sécurité Sociale. Ainsi, cette loi assure l'égalité des

soins, l'équité de l'offre de soin, à la fois somatique et psychiatrique, pour chaque détenu.

Enfin, la loi d'orientation et de programmation de la justice du 9 septembre 2002 prévoit la création d'Unités d'Hospitalisation Spécialement Aménagées (UHSA), sur le modèle des Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionales (UHSI), qui permettent déjà d'accueillir à l'hôpital des détenus pour des hospitalisations programmées au titre des soins généraux. Aux termes de l'article L. 3214-1 du code de la santé publique, *« l'hospitalisation, avec ou sans son consentement, d'une personne détenue atteinte de troubles mentaux est réalisée dans un établissement de santé, au sein d'une unité spécialement aménagée »*. La première UHSA est ouverte en 2010, au Vinatier (Bron). 9 UHSA sont aujourd'hui réparties sur l'ensemble du territoire français métropolitain.

Une politique de santé nationale : des soins en trois niveaux

Les soins psychiatriques en milieu pénitentiaire s'organisent en trois niveaux :

- Niveau 1 : Les soins psychiatriques ambulatoires

Les soins de niveau 1 sont réalisés en Unité Sanitaires en Milieu Pénitentiaires (USMP). La prise en charge des patients y est pluridisciplinaire (infirmier, psychologue, psychiatre, assistante sociale, éducateur) et les USMP représentent l'équivalent des Centres Médico-Psychologique (CMP) et des Centres d'Activités Thérapeutiques à Temps Partiel (CATTP) en milieu libre, autrement dit en milieu hors incarcération. Ces

soins sont dispensés à chaque prisonnier en ayant besoin, dans l'ensemble des prisons françaises.

La prise en charge addictologique des détenus est pour sa part assurée par un Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), qui est la plupart du temps rattaché à l'établissement pénitentiaire, mais qui se trouve parfois au sein même de l'USMP.

- Niveau 2 : Hospitalisation de jour

Les hospitalisations de jour sont réalisées au sein des SMPR, structures dédiées aux soins psychiatriques présentes à l'intérieur de certaines prisons. On compte aujourd'hui en France vingt-six SMPR, soit vingt-six secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire, ce qui représente trois cent soixante places d'hébergement spécialisé, en cellules dédiées. Ils sont comparables aux Hôpitaux de Jour (HDJ) en milieu libre, et sont composés d'équipes médico-psychologiques pluridisciplinaires classiques. Les soins y sont dispensés avec le consentement du patient, et les SMPR ont diverses missions qui peuvent varier selon les régions (évaluation prolongée des patients, dispensation de soins in situ, éducation thérapeutique, prise en charge addictologique, etc). Ces structures sont de compétence régionale (selon le découpage régional de la Direction Interrégionale des Services Pénitentiaires), et sont rattachées à un CHU, un CH ou un EPSM.

- Niveau 3 : Hospitalisation à temps complet en établissement de santé

Les soins de niveau 3, comparables aux soins donnés dans les services d'hospitalisation complète du secteur de psychiatrie générale en milieu libre, sont prodigués au sein des Unité d'Hospitalisation Spécialement Aménagées (UHSA).

L'UHSA est le lieu d'hospitalisation complète des détenus de sexe masculin et féminin, dont l'âge est supérieur ou égal à seize ans. Y sont hospitalisés des patients en Soins Libre (SL) et en soins sans consentement (SDRE). On compte aujourd'hui neuf UHSA en France, ce qui représente quatre cent quarante places d'hospitalisation. L'objectif national est d'arriver à la création de dix-sept UHSA à terme, pour une capacité de sept cent cinq places d'hospitalisation, et une absorption complète des patients détenus nécessitant une hospitalisation complète.

Les détenus bénéficient de l'ensemble des dispositifs hospitaliers dans un établissement sécurisé pas une « coque pénitentiaire ». Les UHSA ont un recrutement interrégional.

En cas d'absence de place d'hospitalisation au sein des UHSA, et si l'état psychiatrique du patient est considéré, selon l'article D398 du Code de Procédure Pénale, comme étant « incompatible avec la détention », il est transféré en Soins à la Demande d'un Représentant de l'État (SDRE) dans son secteur psychiatrique de rattachement, ou à défaut, dans un autre service psychiatrique général.

Enfin, il est à noter que les Unités pour Malades Difficiles (UMD) peuvent être sollicitées pour accueillir des patients détenus, au même titre que les patients suivis

en milieu libre. Elles peuvent également accueillir des patients déclarés pénalement irresponsables mais soumis à des soins psychiatriques en milieu fermé. Les UMD sont des unités à compétences interrégionales qui accueillent des patients en hospitalisation à plein temps, présentant « un état dangereux certain et imminent » selon l'article L322 du Code de la santé publique. On compte dix UMD sur le sol Français. Les admissions en UMD concernent uniquement les patients hospitalisés sous contrainte (SDRE).

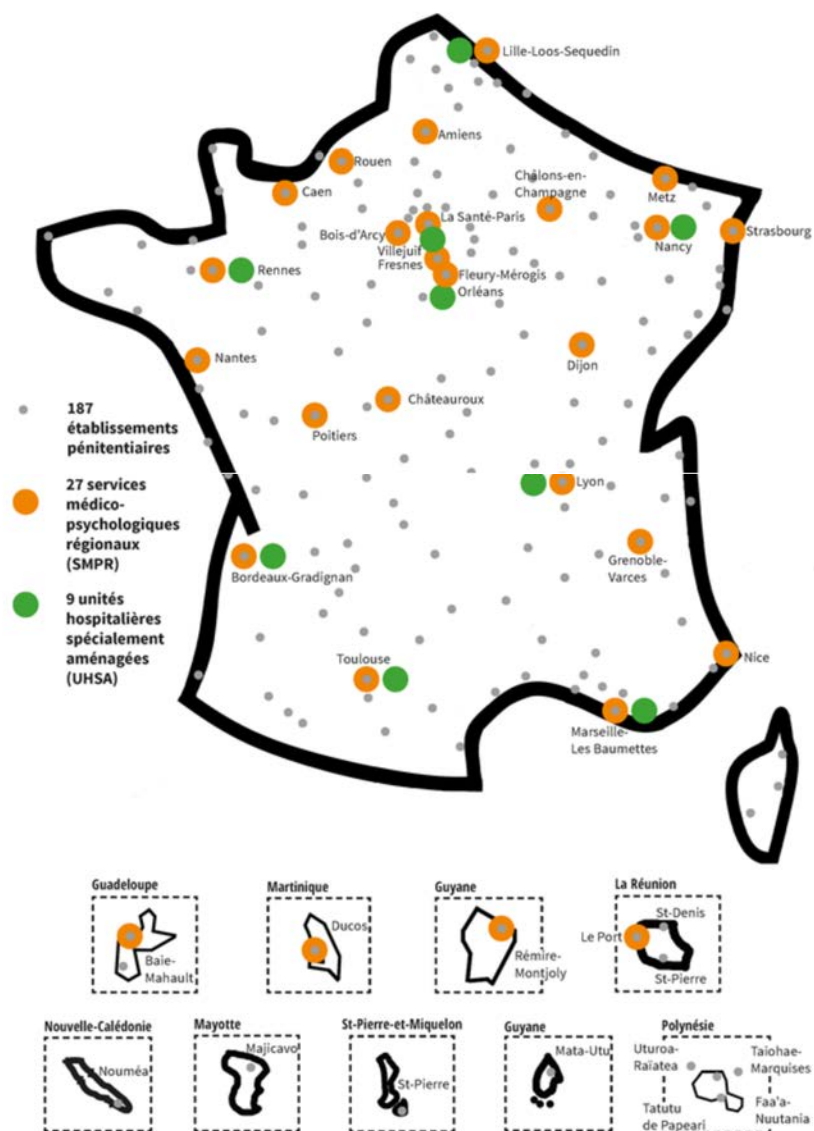
Dispositifs de soins psychiatriques pour les personnes détenues dans la région des Hauts-de-France

Le CHU de Lille a pour particularité de regrouper les trois niveaux de soins pour les personnes détenues souffrant de troubles psychiatriques :

- Une USMP (niveau 1) à la maison d'arrêt de Lille-Sequedin,
- Un SMPR (niveau 2) au centre pénitentiaire de Lille-Annœullin,
- Une UHSA (niveau 3) située à Seclin

UHSA & SMPR

dans les établissements pénitentiaires français



— Observatoire international des prisons section française —

B. Densité et épidémiologie carcérale

Densité carcérale mondiale et en France

Tous les pays au monde considèrent aujourd'hui la prison comme un outil de la politique de justice pénale. La base de données en ligne World Prison Brief comporte des données statistiques sur la population carcérale de 223 pays indépendants et territoires non autonomes. (1)

Entre 2000 et 2015, la population carcérale mondiale a augmenté de près de 20 %, soit un peu plus rapidement que la croissance démographique globale au cours de la même période, estimée à 18 %. L'Europe est l'unique continent qui a vu sa population carcérale totale baisser durant cette période.

Les tendances au cours de ces quinze années varient d'un continent à l'autre mais aussi à l'intérieur des continents. Selon la situation géographique, le niveau de développement et le nombre d'habitants, les disparités sont frappantes entre les États qui atteignent les taux d'incarcération les plus élevés et ceux qui ont les chiffres les plus bas. Les disparités de la détention dans le monde sont dues à divers facteurs socio-politiques et économiques, interdépendants et observés à différents niveaux, national, régional et international.

On compte aujourd'hui plus de 11 millions de prisonniers dans le monde, dont la moitié environ sont incarcérés aux États-Unis, en Chine, et au Brésil. Les États-Unis comptent, au niveau mondial, le plus grand nombre de personnes détenues, avec plus de 2,1 millions de prisonniers, soit un taux d'incarcération de 655 pour 100 000

habitants. Suivent la Chine avec 1,7 millions de personnes emprisonnées. Au Brésil, selon les chiffres de juin 2019, la population carcérale serait de 760 000 personnes.

Ces estimations, n'incluent pas les personnes en garde-à-vue ou faisant l'objet d'autres formes de détention administrative, en l'absence d'une inculpation ou de poursuites. La détention provisoire est plus une norme qu'une exception : les prisonniers qui ne sont pas condamnés ou pas encore inculpés sont plus nombreux que les condamnés dans environ 46 pays. Au Niger, 60 % de la population carcérale serait en attente de jugement, avec des chiffres similaires au Liberia où au moins 64 % des détenus étaient en attente de jugement en avril 2019. La proportion de personnes en détention provisoire est encore plus élevée au Cambodge où depuis novembre 2018, on compte 72 % de personnes en détention provisoire parmi la population carcérale. Ce phénomène n'affecte pas seulement les pays à faible revenu : la moitié des adultes incarcérés en 2017-2018 au Canada, l'était en détention provisoire.

Les prisons sont surpeuplées dans au moins 124 pays. Environ 102 pays et territoires auraient un taux d'occupation supérieur à 110 %, et 22 ont un taux d'occupation supérieur à 200%.

En ce qui concerne le territoire Français, selon les chiffres du ministère de la justice, 235 000 personnes étaient prises en charge par l'administration pénitentiaire au 1^{er} janvier 2021, avec plus de 75 000 personnes sous écrou et 160 000 personnes suivies en milieu ouvert. On compte actuellement en France 187 établissements pénitentiaires et 104 services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP), pour lesquels travaillent plus de 41 000 agents dont près de 30 000 personnels de

surveillance et 5 600 personnels des SPIP. 3,3 milliards d'euros de budget sont dédiés à l'administration pénitentiaire pour l'année 2021 (2).



MESURE DE L'INCARCERATION

Indicateurs clés au 1^{er} juin 2021



Épidémiologie en milieu carcéral : état de santé mentale des personnes détenues

Les études épidémiologiques internationales réalisées auprès des personnes détenues montrent que cette population est plus touchée par la maladie mentale que la population générale.

Parmi ces études, les méta-analyses de référence sont celles menées par Seena Fazel. Elles ont révélé une forte surreprésentation des maladies psychiatriques chez les personnes détenues, ainsi qu'un plus grand risque de passage à l'acte suicidaire et de mortalité précoce liée à des pathologies psychiatriques, mais aussi non

psychiatriques. Ces méta-analyses mettent également en avant un risque plus élevé de récidive criminelle précoce, et donc de réincarcérations multiples, chez les détenus souffrant de troubles psychiatriques. Ce phénomène a été nommé « l'effet porte battante » (« *revolving-door effect* ») par Baillargeon et al. Fazel. et al. estiment la prévalence des épisodes dépressifs caractérisés à 11,4% chez les personnes détenues. Les troubles psychotiques sont présents chez 3,7% des prisonniers (3). La prévalence du trouble de stress post-traumatique (TSPT) est pour sa part estimée à 6,2% chez les hommes détenus et 21,2% chez les femmes détenues (4). La prévalence de l'ensemble des troubles de l'usage de substance est évaluée à 24% (5).

Table 1 Pooled prevalences for psychosis and major depression in prisoners		
Variable	Psychosis, % (95% CI)	Major depression, % (95% CI)
Overall	3.7 (3.2–4.1)	11.4 (9.9–12.8)
Gender of inmates		
Male	3.6 (3.1–4.2)	10.2 (8.8–11.7)
Female	3.9 (2.7–5.0)	14.1 (10.2–18.1)
Prisoner status		
Sentenced prisoners	3.7 (3.0–4.2)	10.5 (8.8–12.1)
Remand prisoners (detainees)	3.5 (4.2–6.8)	12.3 (9.5–15.1)
Country		
Low/middle income	5.5 (4.2–6.8)	22.5 (10.6–34.4)
High income	3.5 (3.0–3.9)	10.0 (8.7–11.2)

Figure 1. Prévalence des troubles psychotiques et dépressifs chez les prisonniers. Tableau issu de l'article : *Severe mental illness in 33 588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. Seena Fazel and Katharina Seewald* (3)

Table 2. Meta-Regression Analyses Assessing Prespecified Sample Characteristics as Possible Sources of Heterogeneity for the Prevalence of Posttraumatic Stress Disorder in Prisoner Populations

Variable ^a	Point Prevalence of PTSD			1-Year Prevalence of PTSD			Lifetime Prevalence of PTSD		
	β	SE (β)	P Value ^b	β	SE	P Value ^b	β	SE	P Value ^b
<i>Univariate Meta-Regression Analyses</i>									
Age of prisoners (continuous)	−0.003	0.004	0.49	−0.005	0.018	0.79	−0.004	0.012	0.76
Year of data collection (continuous)	−0.002	0.002	0.40	−0.010	0.010	0.34	0.001	0.005	0.77
Sex: male vs. female	0.138	0.024	<0.001	0.156	0.067	0.04	0.227	0.051	<0.001
Country group 1: HIC vs. LMIC	−0.072	0.030	0.02	−0.200	0.049	0.002	−0.009	0.091	0.92
Country group 2: US vs. non-US	−0.093	0.036	0.01	— ^c			−0.198	0.064	0.006
Sampling: cross-sectional vs. admission	0.002	0.029	0.94	— ^c			−0.072	0.084	0.40
Penal status: sentenced vs. remand	−0.013	0.034	0.71	— ^c			0.067	0.079	0.40
Diagnostic classification: DSM vs. ICD	−0.014	0.032	0.66	0.071	0.087	0.44	0.059	0.101	0.56
Refusal rate: low ($\leq 15\%$) vs. high ($> 15\%$)	0.020	0.027	0.47	0.191	0.052	0.001	0.074	0.074	0.33
Sample size: small ($n \leq 200$) vs. large ($n > 200$)	−0.077	0.027	0.006	— ^c			−0.102	0.075	0.19
<i>Multivariate Meta-Regression Analyses Retaining Significant Variables</i>									
Sex: male vs. female	0.119	0.023	<0.001				0.181	0.052	0.003
Country group 1: HIC vs. LMIC	−0.057	0.021	0.008						
Country group 2: US vs. non-US	−0.037	0.028	0.18				−0.115	0.057	0.06 ^d
Sample size: small ($n \leq 200$) vs. large ($n > 200$)	−0.019	0.023	0.40						

Abbreviations: DSM, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*; HIC, high-income country; ICD, *International Statistical Classification of Diseases*; LMIC, low- or middle-income country; PTSD, posttraumatic stress disorder; SE, standard error; US, United States.

^a The reference category is given first.

^b Statistical significance set at $P < 0.05$.

^c Insufficient number of samples in at least 1 of the comparison groups.

^d P for trend is statistically significant at < 0.1 .

Figure 2. Prévalence du TSPT dans la population carcérale. Tableau issu de l'article : *Prevalence of Posttraumatic Stress Disorder in Prisoners*. Gergő Baranyi, Megan Cassidy, Seena Fazel, Stefan Priebe, and Adrian P. Mundt (4)

Table 3 Pooled prevalence estimates for drug and alcohol use disorders in newly incarcerated men and women by pre-specified subgroups.

	Alcohol use disorder, % (95% CI)		Drug use disorder, % (95% CI)	
	Male	Female	Male	Female
Country				
High income countries	–	–	30 (22–38) (n = 5750; k = 13)	51 (43–58) (n = 4379; k = 10)
USA	23 (19–27) (n = 9619; k = 5)	20 (15–25) (n = 3978; k = 6)	37 (26–48) (n = 2948; k = 5)	48 (39–57) (n = 3926; k = 6)
Non-USA	25 (21–28) (n = 3573; k = 14)	20 (15–24) (n = 453; k = 4)	40 (31–50) (n = 3255; k = 12)	56 (44–68) (n = 453; k = 4)
Publication year				
Before 2000	–	–	–	46 (33–58) (n = 2622; k = 4)
2000 and after	–	–	–	54 (47–62) (n = 1757; k = 6)
Prisoner type				
Remand	21 (18–25) (n = 1502; k = 4)	–	–	–
Sentenced	33 (29–37) (n = 8808; k = 7)	–	–	–
Interviewer				
Psychiatrist	23 (19–26) (n = 2265; k = 6)	–	–	–
Other	30 (26–35) (n = 9746; k = 8)	–	–	–

CI = confidence interval.

Figure 3. Prévalence des troubles de l'usage de substance et de l'usage d'alcool chez les arrivants en détention. Tableau issu de l'article : *Substance use disorders in prisoners: an updated systematic review and meta-regression analysis in recently incarcerated men and women*. Seena Fazel, Isabel A. Yoon & Adrian J. Hayes (3)

En France, le Ministère de la Santé et le Ministère de la Justice ont conduit conjointement en 2002 une étude épidémiologique estimant la prévalence des troubles de santé mentale au sein des prisons françaises, sur la base d'une évaluation faite par des cliniciens expérimentés et sur la réalisation d'un MINI (*Mini International Neuropsychiatric Interview*), permettant l'élaboration d'un diagnostic selon les critères diagnostics du DSM-IV. Les résultats de cette étude ont été publiés en 2006 dans

l'article de Falissard et al. (6). Sur 799 détenus interrogés dans 20 prisons françaises, 16% avaient un antécédent d'hospitalisation en psychiatrie, 17,9% présentaient un trouble dépressif caractérisé, 21,2% souffraient d'un trouble anxieux (incluant les phobies, troubles obsessionnels compulsifs, états de stress post traumatique, troubles panique et anxiété généralisée), 14% présentait un trouble lié à l'usage de substances, 12,1% présentaient un trouble psychotique, et un total de 27% des détenus interrogés présentait au moins un trouble psychiatrique.

Table 1: Prevalence estimates (with standard deviations) of DSMIV diagnoses.

	Both clinicians	At least one	Consensus	MINI
<i>Mood disorders</i>	21.4 (3.9)	30.4 (5.2)	28.0 (4.5)	28.6 (4.6)
Major depressive disorder	17.9 (3.8)	26.1 (5.2)	24.0 (4.6)	22.9 (4.1)
Dysthymic disorder	3.2 (1.2)	7.0 (2.0)	4.8 (1.5)	1.5 (0.5)
Bipolar I or II disorder (lifetime)	2.0 (0.4)	3.9 (0.8)	3.1 (0.7)	1.3 (1.0)
Manic/hypomanic episode	2.1 (0.6)	7.5 (2.5)	3.6 (1.0)	4.2 (4.2)
<i>Anxiety disorders</i>	21.2 (4.3)	31.4 (5.5)	29.4 (5.2)	24.0 (4.1)
Panic disorder WaWA	3.7 (1.4)	6.7 (2.3)	5.1 (1.7)	3.9 (1.5)
Agoraphobia WHO PD	6.6 (2.0)	12.0 (3.6)	10.0 (3.0)	10.8 (3.4)
Social phobia	6.8 (1.7)	12.5 (3.0)	11.0 (2.6)	8.8 (2.1)
Obsessive compulsive disorder	3.7 (1.2)	7.9 (2.9)	5.5 (2.0)	5.7 (1.8)
Post traumatic stress disorder	9.7 (3.5)	15.8 (4.8)	14.2 (4.3)	6.6 (2.1)
Generalized anxiety disorder	12.0 (2.1)	19.6 (3.0)	17.7 (2.7)	15.4 (2.1)
<i>Substance-Related dis. Disorders</i>	14.0 (2.8)	20.8 (3.4)	19.1 (3.3)	14.1 (2.6)
Alcohol dependence	9.4 (1.9)	12.9 (2.4)	11.7 (2.3)	8.7 (1.7)
Drug dependence	10.8 (2.5)	16.2 (2.7)	14.6 (2.6)	8.9 (2.0)
<i>Psychotic disorders</i>	12.1 (3.0)	19.2 (5.0)	17.0 (4.6)	17.3 (4.5)
Schizophrenia	3.8 (1.0)	8.0 (2.6)	6.2 (1.8)	11.9 (4.0)
Brief psychotic or Schizophreniform dis.	0	0.2 (0.2)	0.2 (0.2)	0.3 (0.2)
Schizoaffective disorder	1.0 (0.4)	2.7 (1.1)	2.6 (1.1)	0.9 (0.4)
Delusional disorder	2.4 (0.6)	6.3 (1.8)	5.3 (1.6)	0.3 (0.2)
<i>At least one disorder</i>	27.4 (4.5)	37.7 (5.1)	35.9 (5.0)	33.9 (4.8)

Patients have a consensus CGI score at least equal to 5 ("Markedly ill", "Severely ill" or "Among the most extremely ill patients")

Figure 4. Prévalence des troubles psychiatriques chez les détenus français. Tableau issu de l'article : *Prevalence of mental disorders in French prisons for men*. Bruno Falissard et al. (6)

Épidémiologie en milieu carcéral : état de santé mentale des personnes détenues dans le Nord et le Pas de Calais

Une étude réalisée entre mars 2014 et avril 2017 a été menée auprès des personnes arrivants en détention dans le Nord et dans le Pas-de-Calais. Les objectifs de cette étude étaient à la fois d'identifier la prévalence de troubles psychiatriques dans cette population et de comparer ces prévalences à celles identifiées dans la population générale de ces deux départements. Cette étude multicentrique transversale s'est déroulée dans huit centres pénitentiaires du Nord et du Pas-de-Calais. Un questionnaire sociodémographique ainsi qu'un MINI (*Mini International Neuropsychiatric Interview*) étaient utilisés pour l'évaluation psychiatrique des sujets inclus.

Au total, six cent cinquante-trois personnes majeures ont été incluses, majoritairement des hommes (96,5%), jeunes (âge médian de 32 ans), d'un faible niveau d'étude et le plus souvent sans emploi. Au sein de cette population, les troubles psychiatriques retrouvés sont nombreux : les épisodes dépressifs, l'anxiété généralisée, la dépendance à l'alcool, et la dépendance aux drogues sont retrouvés chez un quart des sujets. Les troubles dépressifs récurrents sont présents chez un détenu sur six, et le trouble panique actuel chez un détenu sur huit. Un trouble psychotique ou un syndrome maniaque est retrouvé chez un détenu sur quatorze, la phobie sociale chez un détenu sur seize, et enfin un trouble de stress post traumatique est retrouvé chez un détenu sur vingt. De plus, l'étude montre que les comorbidités psychiatriques et addictologiques sont fréquentes, avec plus d'un trouble psychiatrique chez 41% des sujets et une dépendance à l'alcool ou aux drogues retrouvée chez environ un quart des sujets. L'évaluation du risque suicidaire retrouve par ailleurs un risque suicidaire

moyen ou élevé au moment de l'entrée en détention chez 15% de la population étudiée.

Ces résultats montrent que la population carcérale est significativement plus touchée par les troubles psychiatriques que la population générale, avec dix fois plus de stress post traumatique, quatre fois plus de dépendance, deux fois plus de syndrome d'allure psychotique et un risque suicidaire moyen ou élevé trois fois plus fréquent chez les personnes détenues.

Si la surreprésentation des troubles psychiatriques chez les personnes détenues est largement documentée et reconnue, l'influence du milieu carcéral sur l'évolution de ces troubles reste largement incertaine. Les facteurs de stress sont nombreux en prison, et les conditions de détention pourraient avoir un effet important sur la santé mentale des prisonniers. De la même manière, on peut imaginer que la présence de troubles psychiatriques ait un impact sur le déroulement de l'incarcération. La question du placement des détenus en quartier disciplinaire, « prison dans la prison », illustre parfaitement ce type de débat.

C. Le quartier disciplinaire

Description du quartier disciplinaire

Le quartier disciplinaire (QD), communément appelé « mitard » par les détenus, est une cellule d'isolement au sein de la prison. Les détenus y sont placés par l'administration pour faute disciplinaire. Ces fautes disciplinaires sont décrites par les

articles R.57-7-1 à R.57-7-61 du code de procédure pénale, et catégorisées en trois degrés de gravité. La durée de la peine de cellule disciplinaire dépend du degré de gravité de la faute :

- Faute du premier degré, prévue à l'art R.57-7-1 (toute incitation ou action mettant en danger l'intégrité physique des personnes ou de l'établissement ainsi que la vente de produits prohibés) limitée à 20 jours, sauf 30 jours pour les violences physiques ;
- Faute du deuxième degré, prévue à l'art R.57-7-2 (consommations de produits prohibés, vols, outrages, insultes et menaces ainsi que la corruption dans le but d'obtenir lesdits produits) limitée à 14 jours ;
- Faute du troisième degré, prévue à l'art R.57-7-3 (refus d'obéissance à un ordre formel, jets et dégradations des conditions sanitaires de sa cellule) limitée à 7 jours.

La durée du placement est déterminée – selon les articles de loi ci-dessus – lors des commissions de discipline (dénommée communément « prétoire »), auxquelles sont présents : le détenu accusé, un membre de la direction de l'établissement pénitentiaire ou le chef de détention, un assesseur pénitentiaire, un assesseur civil, un agent pénitentiaire travaillant au quartier disciplinaire, un personnel du bureau de gestion de la détention (BGD). Le détenu peut également demander la présence de son avocat s'il le souhaite.

Les prisonniers y sont isolés du reste de la population carcérale pour des raisons sécuritaires. Le placement d'un détenu au quartier disciplinaire interroge néanmoins sur le caractère punitif de cette mesure. On y fait parfois référence en la qualifiant de « prison dans la prison ».

Il s'agit généralement d'une cellule de 9m², sommairement fournie d'un lit, d'une table et d'une chaise fixées au sol, et d'un coin toilette. Les prisonniers ont généralement le droit de garder leurs affaires de toilette, ou au besoin des produits d'hygiène peuvent leur être remis. Ils ont le droit de prendre une douche au moins trois fois par semaine, et de demander à changer de vêtements. En fonction des différents centres pénitentiaires, les prisonniers ont le droit à quelques outils de distraction, tels que des livres ou des journaux, de quoi écrire et dessiner, d'écouter la radio. Ils ont également le droit de recevoir du courrier, et d'effectuer un nombre restreint d'appel téléphonique par semaine. Les prisonniers confinés ont le droit de rencontrer des soignants. Ils ont le droit de demander à rencontrer un représentant de la direction pénitentiaire, de rencontrer un membre du service pénitentiaire d'insertion et de probation, de rencontrer leur consul, et le Défenseur des droits ou le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, ainsi que de rencontrer leur avocat.

Les détenus y sont confinés la majorité du temps (vingt-deux à vingt-trois heures sur vingt-quatre), avec peu de stimulations sensorielles, et une restriction des interactions sociales. Ils ont droit à une heure de promenade quotidienne, seul, sous surveillance. Il leur est interdit de communiquer avec les autres détenus, de bénéficier des activités (travail, activités de loisir et activités thérapeutiques sont suspendues le temps du placement au QD) organisées par l'établissement, d'avoir la télévision, de cantiner (sauf produits d'hygiène, tabac et nécessaire de correspondance), de sortir en promenade collective, de détenir un briquet ou de conserver un rasoir. Les parloirs peuvent toutefois être maintenus.

Quartier disciplinaire et troubles psychiatriques

La multiplication du nombre de détenus souffrant de troubles psychiatriques sévères dès l'arrivée en détention interroge sur les conditions d'incarcération proposées à ces patients, et sur l'influence de ces troubles sur le déroulement de la peine. La présence de troubles psychiatriques peut parfois être responsables de troubles du comportement, ou de conduites identifiées comme répréhensibles par l'administration pénitentiaire, peu sensibilisée à la détection et à la prise en charge de ces détenus. Ces troubles psychiatriques présentés par les détenus, peuvent en effet être identifiés comme une mauvaise conduite disciplinaire, ou l'infraction d'une règle pénitentiaire, et se solder par un placement au quartier disciplinaire. La prison représente déjà une privation de liberté et une restriction sensorielle pour les détenus, et est en soit pourvoyeuse de détresse psychique. Le quartier disciplinaire, véritable prison dans la prison, pose une question supplémentaire quant aux conséquences sur la santé mentale des détenus qui y sont isolés. La prévalence des troubles psychiatriques chez les détenus placés au quartier disciplinaire reste cependant peu étudiée, et très variable selon les études.

L'objectif principal de ce travail de thèse est de définir les liens entre antécédents psychiatriques et placement au quartier disciplinaire. Nous avons, dans un premier temps réalisé une revue de la littérature afin de répondre à cette problématique. Dans un second temps, nous avons réalisé une étude épidémiologique rétrospective visant à déterminer les troubles psychiatriques présents chez les détenus ayant été placés en quartier disciplinaire dans la prison de Lille-Annœullin entre mai 2020 et janvier 2021.

D. Revue de la littérature

Matériels et Méthodes

Cette revue de littérature a été réalisée sur la base de données PubMed. La recherche inclut tous les documents publiés jusqu'en octobre 2020. Elle n'a pas été soumise à une restriction géographique. Cette recherche a été effectuée et rapportée conformément aux recommandations PRISMA. L'algorithme utilisé afin de constituer la base de données est le suivant : ("mental disorders" OR "psychiatric disorders" OR "mental illness") AND ("restrictive housing" OR "solitary confinement" OR "administrative segregation" OR "seclusion" OR "disciplinary segregation" OR "supermax"). La base de données initiale était composée de 571 documents. 515 documents ont été écartés sur leur titre et 29 documents ont été écartés sur leur abstract. Sur les 27 documents restants, 18 articles ont été écartés après lecture, car ils ne répondaient pas aux critères PRISMA (il ne s'agissait pas d'articles portant sur une étude scientifique). Au total, 9 articles de la base de donnée PubMed ont été étudiés (7–15). De plus, nous avons inclus 11 articles retrouvés à partir des références d'autres publications ou de revue de la littérature précédentes (16–24).

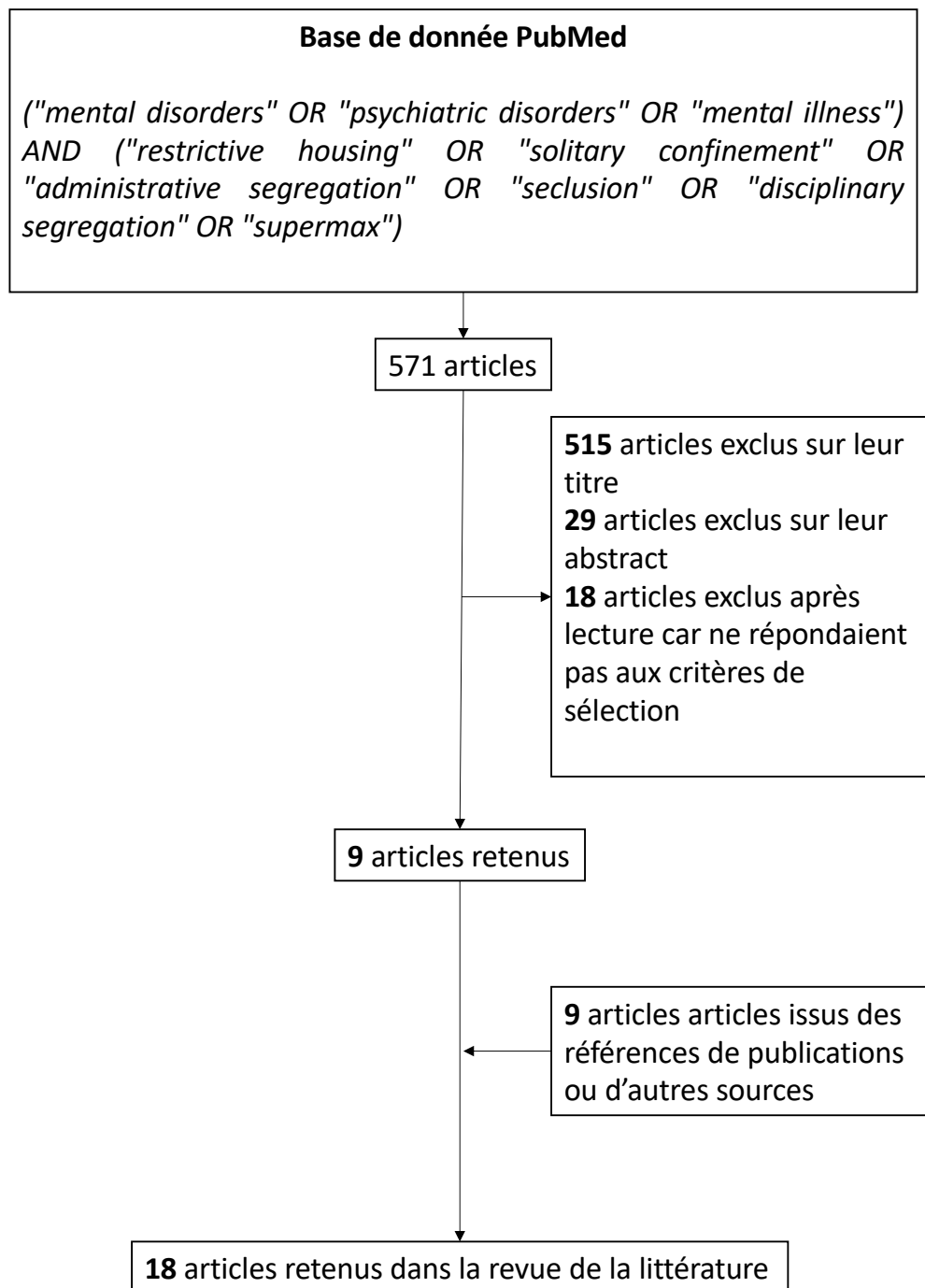


Figure 5 : Diagramme de flux

Résultats de la revue de la littérature (7–14,14,15,17–23,25)

Titre et Auteurs	Année	Pays	Caractéristique de l'étude	Définition du quartier disciplinaire ou de l'isolement	Méthode d'évaluation	ATCD psychiatrique étudié comme étant un facteur de risque de placement à l'isolement ou au quartier disciplinaire	Résultats	Niveau de preuve
Psychopathological effects of solitary confinement. Grassian S.	1983	Etat-Unis	Etude transversale évaluant les symptômes de prisonniers placés au quartier disciplinaire au cours de leur peine et ayant porté plainte contre l'établissement pénitentiaire pour "peine cruelle et inhumaine" suite à ce placement Echantillon de 14 hommes adultes majeurs, ayant tous été placés au quartier disciplinaire.	Cellule de 2,7m x 1,8m, contenant des toilettes ouvertes et un lavabo, un lit en acier, une petite table en acier et une chaise fixées au sol. Les portes sont doubles, la porte interne est à barreaux, la porte externe est en acier avec une fenêtre en pleiglas. Celles-ci sont fermées à clé. Il n'existe pas d'autre fenêtre dans la cellule. La cellule est équipée d'une ampoule de 60-watt. Les affaires des détenus sont retirées : radio, télévision, livres (excepté la Bible).	Entretien psychiatrique de 30 minutes réalisé au cours de l'incarcération, après la levée de l'isolement	Non	Hyperactivité aux stimuli extérieurs chez 11 détenus ; distorsions sensorielles hallucinatoires ou déréalisation chez 7 détenus ; intensification ou apparition d'attaques de panique chez 10 détenus ; troubles de l'attention, de la concentration ou de la mémoire chez 8 détenus ; phobie d'impulsion chez 6 détenus ; idées de référence ou paranoïa aiguë chez 6 détenus ; velléités auto ou hétéro-agressives chez 5 détenus. Diminution ou disparition de l'ensemble des symptômes décrits dans les premières heures suivant la levée de l'isolement.	Faible
Prevalence of ICD-10 Psychiatric Morbidity in Random Samples of Prisoners on Remand Andersen HS, Sestoft D, Lillebaek T, Gabrielsen G, Hemmingsen K, Kramp P.	1996	Danemark	Etude transversale évaluant la prévalence des troubles psychiatriques chez des détenus placés à l'isolement et des détenus non isolés Echantillon de 228 hommes et femmes majeurs dont 133 placés à l'isolement et 95 en régime de détention classique.	Non spécifié dans l'article	Entretien psychiatrique standardisé réalisé dans les 5 premiers jours suivant l'arrivée en détention avec : passation de la Present State Examination (PSE-10) ; d'un entretien semi-structuré relatif aux troubles de l'usage de substance réalisé pour l'étude, de la Psychopathy Checklist Revised (PCL-R) ; de la Global Assessment Scale (GAS) ; et d'un questionnaire socio-démographique réalisé pour l'étude. Antécédents de trouble de l'usage de substances ; de schizophrénie ou troubles psychotiques ; de troubles de l'humeur ; de troubles anxieux et de troubles de personnalité recueillis à partir du questionnaire socio-démographique, et par consultation de la base nationale d'admission en psychiatrie du Département de la Démographie Psychiatrique.	Ou	Prévalences significativement plus importantes des troubles de l'usage de substance chez les détenus non placés à l'isolement. Pas de résultat significatif pour les autres troubles. Score global de fonctionnement psycho-social significativement plus bas chez les détenus non placés à l'isolement.	Faible
Impact of solitary confinement on hospitalization among Danish prisoners in custody. Sestoft DM, Andersen HS, Lillebaek T, Gabrielsen G.	1999	Danemark	(1) Etude transversale rétrospective évaluant les liens entre la durée et le type d'emprisonnement (isolement ou non) et la survenue d'une hospitalisation en psychiatrie chez 345 détenus hommes et femmes de 18 à 60 ans. (2) Etude transversale prospective évaluant les liens entre la survenue et la cause d'une hospitalisation en psychiatrie, et la durée et le type d'emprisonnement (isolement ou non) chez 124 détenus hommes et femmes de 18 à 60 ans.	Isolément absolu du sujet des autres prisonniers, avec contrôle des communications (visites d'une heure par semaine maximum, correspondances, téléphone). Cellule de 8m2 contenant un lit, une table, une télévision, une radio. Accès libre du sujet à ses ouvrages et journaux. Possibilité de recevoir des soins médicaux à la demande du sujet	(1) Age, sexe, nationalité, durée d'emprisonnement, temps passé en isolement et nombre d'admissions en hospitalisation collectés pour chaque détenu à partir des registres de l'administration pénitentiaire (2) Passation de la Hamilton Depression Scale (HDS) ; de la Hamilton Anxiety Scale (HAS) ; de la Global Assessment Scale (GAS) ; de la Visual Analogue Scale 1 et 2, du General Health Questionnaire (GHQ-28) et d'un questionnaire socio-démographiques. Antécédents d'hospitalisation, antécédents judiciaires et motif de l'hospitalisation au moment de l'étude collectés à partir des registres de l'administration pénitentiaire et du dossier médical du patient.	Non	(1) Pas d'association significative entre placement à l'isolement et hospitalisation en psychiatrie. (2) Pas d'association entre intensité des troubles psychiatriques et type d'emprisonnement. Augmentation du risque d'être hospitalisé pour un motif psychiatrique (notamment pour dépression, troubles d'ajustement et troubles somato-psychiatriques) pour les sujets isolés, en comparaison aux sujets non isolés. Augmentation significative du Risque Relatif d'être hospitalisé en psychiatrie lorsque la durée d'isolement augmente, en comparaison aux détenus non isolés.	Faible

2000	Danemark	Etude longitudinale prospective évaluant l'incidence des troubles psychiatriques chez les détenus placés à l'isolement et les détenus non isolés. Echantillon de 228 hommes et femmes majeurs dont 133 placés à l'isolement et 95 en régime de détention classique.	Non spécifié dans l'article	Entretien psychiatrique standardisé réalisé dans les 5 premiers jours suivant l'arrivée en détention comportant : passation de la Present State Examination (PSE-10) ; de la Hamilton Depression and Anxiety Scale (HDS et HAS) ; d'un entretien semi-structuré relatif aux troubles de l'usage de substance réalisée pour l'étude ; de la Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS) ; du General Health Questionnaire (GHQ-28) ; du Eysenck Personality Questionnaire (EPQ) ; et d'un questionnaire socio-démographique réalisé pour l'étude. Puis passation de la PSE-10, de la HAS et de la HDS, et du GHQ-28 3 semaines après la première évaluation, puis tous les mois. Antécédents d'hospitalisation en psychiatrie collectés à partir du Département de la Démographie Psychiatrique.	Non	Risque de développer un trouble ou des symptômes psychiatriques (troubles de l'adaptation avec anxiété, troubles dépressifs, troubles somatiques, difficultés de concentration, insomnie, irritabilité, hallucinations) significativement plus élevé pour les détenus placés en isolement, en comparaison des détenus non isolés (28% vs 15%). Risque augmenté de développer un trouble psychiatrique chez les détenus placés à l'isolement s'il existe des antécédents psychiatriques. La plupart de ces symptômes sont présents dès le premier examen de suivi à 3 semaines, on note peu de nouvelles incidences après. Les auteurs concluent que l'isolement est un facteur de stress immédiat.	Moderé
2013	Etats-Unis	Etude longitudinale prospective évaluant l'évolution de symptômes psychiatriques de détenus placés à l'isolement, en comparaison des détenus en régime de détention classique Echantillon de 270 détenus hommes de 17 à 59 ans.	Le sujet est isolé dans une cellule pendant 23 heures par jour, le temps hors cellule est sous haute surveillance (menottes aux poignets et aux chevilles, escorté par deux officiers), ses accès aux programmes pénitentiaires sont restreint.	Passation de la Brief Symptom Inventory (BSI) tous les 3 mois pour un total de 6 sessions de tests.	Non	Symptômes significativement plus élevés chez les détenus souffrant de troubles psychiatriques placés à l'isolement que chez les détenus isolés indemnes de trouble psychiatrique. Symptômes significativement plus élevés chez les détenus sans trouble psychiatrique placés à l'isolement, que chez les détenus sans trouble psychiatrique non isolé, en début d'étude. Amélioration faible mais significative des symptômes des détenus placés à l'isolement au cours de l'étude.	Moderé
2014	Etats-Unis	Etude transversale évaluant la prévalence de troubles psychiatriques sévères chez les détenus placés en isolement, en comparaison des détenus en régime de détention classique, et les liens entre la présence de troubles psychiatriques sévères et le placement à l'isolement Echantillon de 17 393 détenus hommes et femmes majeurs, dont 4245 placés en isolement et 13 148 en régime de détention classique.	Confinement des détenus dans leur cellule pendant 23 heures par jour, ce qui ne laisse qu'une heure pour l'hygiène personnelle et l'exercice. Les déplacements des détenus sont sévèrement limités, avec de multiples contraintes imposées aux détenus avant de quitter leur cellule. Le contact avec autrui est réduit au minimum.	Passation de la Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) aux détenus souffrant de troubles psychiatriques sévères, en isolement et en régime de détention classique. Diagnostic de trouble psychiatrique retenu à partir du code diagnostic attribué après l'examen psychiatrique réalisé à l'arrivée en détention, et/ou après étude du dossier médical (antécédents psychiatriques connus, antécédent de prise en charge psychiatrique ambulatoire ou hospitalière, antécédent de traitement psychotrope, antécédent d'irresponsabilité pénale pour motif psychiatrique). Trouble psychiatrique qualifié comme sévère à partir d'une cotation de 3 sur une échelle à 5 items évaluant les besoins en santé mentale réalisée pour l'étude	Oui	Prévalences significativement plus élevées de troubles psychiatriques sévères chez les détenus placés à l'isolement. Score plus élevé à la BPRS chez les détenus souffrant de troubles psychiatriques sévères placés à l'isolement, que chez les détenus souffrant de troubles psychiatriques sévères en régime de détention classique. Identification de la présence de troubles psychiatriques sévères comme facteur prédictif de placement à l'isolement	Elevée
2014	Etats-Unis	Etude longitudinale rétrospective évaluant les facteurs prédictifs de passage à l'acte auto-agressif au cours d'une incarcération, parmi lesquels le placement en quartier disciplinaire. Echantillon de 244 699 incarcérations, hommes et femmes mineurs et majeurs, dont 17889 avec un antécédent de placement au quartier disciplinaire.	Non spécifié dans l'article	Diagnostic de trouble psychiatrique obtenu à partir des dossiers médicaux de la prison. Critères de trouble psychiatrique sévère retenu selon les recommandations du bureau de santé mentale de l'Etat de New York. Nombre, méthode et gravité des passages à l'acte auto-agressifs obtenus à partir des signalements faits par les professionnels de santé mentale de la prison au Bureau of Correctional Health Services.	Non	Association statistiquement significative entre antécédent de placement au quartier disciplinaire et passage à l'acte auto-agressif (OR 6,89 [6,07-7,82]), et passage à l'acte auto-agressif potentiellement fatal (OR 6,27 [3,92-10,01]). Indépendamment de l'âge, du sexe, de la durée de la peine ou de la présence d'un trouble psychiatrique sévère.	Elevée

Correctional outcomes of offenders with mental disorders. Stewart, L. A. & Wilton, G.	2014	Canada	Etude transversale évaluant les liens entre présence d'un trouble psychiatrique et durée de la peine, déroulement de la peine et risque de récidive judiciaire à la libération en comparaison de détenus ne souffrant pas de trouble psychiatrique. Echantillon de 796 détenus hommes et femmes majeurs.	Non spécifique dans l'article	Diagnostic de trouble psychiatrique extrait des dossiers médicaux électroniques, en fonction des notes des professionnels de santé mentale. N'ont été retenus que les diagnostics d'épisode dépressif majeur, de trouble bipolaire de l'humeur, de troubles psychotiques et de troubles anxieux. Informations relatives à la récidive judiciaire des sujets inclus obtenues à partir des données du centre d'information de la police canadienne.	Oui	Oui	Modéré
Use of Restrictive Housing in U.S. Prisons and Jails, 2011-12 Allen J. Beck	2015	Etats-Unis	Etude transversale les caractéristiques socio-démographiques, judiciaires et psychiatriques des détenus placés au quartier disciplinaire ou à l'isolement Echantillon de 91 177 détenus hommes et femmes majeurs (résultats issus de l'Enquête nationale sur les détenus (NIS-3)).	Isolément impliquant une limitation d'interactions avec les autres détenus, une limitation de participation aux programmes, une réduction de privilèges. L'utilisation varie en terme de durée et de condition de confinement selon les unités.	Antécédents psychiatriques recueillis à partir de l'auto-questionnaire selon les critères suivants : antécédents de diagnostic psychiatrique par un professionnel de santé mentale (parmi trouble unipolaire bipolaire de l'humeur ; schizophrénie ou trouble psychotique ; TSPT ; troubles anxieux ; troubles de personnalité dyssoziale ou borderline) ou antécédents d'hospitalisation dans un hôpital psychiatrique dans les 12 derniers mois, ou antécédents de traitement médicamenteux psychotrope ou psychothérapeutique. Passation de l'échelle KG afin d'évaluer le degré de détresse psychologique.	Oui	Oui	Modéré
Disparities in Mental Health Referral and Diagnosis in the New York City Jail Mental Health Service. Kaba F, Solimo A, Graves J, Glowa-Kollisch S, Vise A, MacDonald R, Waters A, Rosner Z, Dickey N, Angell S, Venters H.	2015	Etats-Unis	Etude transversale évaluant les liens entre le diagnostic et la prise en charge d'un trouble psychiatrique, et le placement en quartier disciplinaire. Echantillon de 45 189 détenus hommes et femmes, dont 1 770 ont été placés au quartier disciplinaire.	Isolément du sujet des autres détenus pendant 22 heures à 24 heures par jour dans une cellule fermée, utilisée par le système carcéral de New York pour des raisons punitives.	Antécédents psychiatriques et données socio-démographiques obtenus par consultation des dossiers médicaux électroniques des détenus (examen médical et psychiatrique arrivant, nombre de consultation avec des professionnels de santé mentale, diagnostics retenus lors de ces consultations). Critères de trouble psychiatrique sévère retenus selon les recommandations du bureau de santé mentale de l'Etat de New York.	Oui	Oui	Elevée
Reducing Institutional Disorder Using the Inmate Risk Assessment for Segregation Placement to Inmate Treatment Services at the Front End of Prison Sentences Ryan M. Labrecque and Paula Smith	2017	Etats-Unis	Etude longitudinale prospective évaluant la validité interne d'une échelle de risque de placement à l'isolement, en fonction de 6 items, dont la présence d'un trouble psychiatrique sévère. Echantillon de 96 337 détenus hommes et femmes majeurs.	Isolément dans une cellule pendant plus de 20h par jour, avec un renforcement des contraintes et des procédures sécuritaires. Il existe trois types d'isolement : disciplinaire, protecteur et préventif.	Antécédents psychiatriques obtenus à partir des données collectées lors de l'examen arrivant.	Oui	Oui	Elevée

History of solitary confinement is associated with post-traumatic stress disorder symptoms among individuals recently released from prison. Hagan, B. O., Wang, E. A., Aminawung, J. A. et al.	2018	Etats-Unis	Etude transversale évaluant les liens entre placement au quartier disciplinaire et symptômes de TSPT chez des sujets récemment libérés de prison. Echantillon de 119 sujets hommes et femmes majeurs, dont 51 ont un antécédent de placement au quartier disciplinaire ou à l'isolement.	Cellule d'isolement dans laquelle le détenu passe 22 à 24 heures par jour, et dans laquelle il ne peut avoir de contact physique avec les autres détenus. Peut réduire l'accès aux programmes correctionnels, aux affaires personnelles, aux stimulations mentales, aux possibilités de s'entretenir physiquement ou sur le plan hygiénique. Le plus souvent, il s'agit d'une mesure correctionnelle, mais il peut aussi s'agir d'un isolement dans le but de protéger le détenu (Ex: LGBT ou personne âgée) ou dans le but de protéger l'ensemble des détenus d'un sujet menaçant leur sécurité.	Dépistage des symptômes de TSPT à l'aide d'un questionnaire validé à 4 items (PC-PTSD).	Non	Les sujets avec un antécédent de placement au quartier disciplinaire ou à l'isolement ont significativement plus de risques de souffrir de symptômes de TSPT (43 vs 16%, p<0.01), même après exclusion des sujets ayant un TSPT antérieur au placement (36 vs 8%, p<0.01) Dans l'analyse multivariée, un antécédent de placement au quartier disciplinaire ou à l'isolement (OR=3.93, 95% CI 1.57-9.83) et la présence d'un trouble psychiatrique chronique (OR = 4,04, 95% CI 1,52-10,68) sont significativement associés à une cotation positive à la PC-PTSD.	Les sujets avec un antécédent de placement au quartier disciplinaire ou à l'isolement ont significativement plus de risques de souffrir d'un trouble psychiatrique ont significativement plus de risques d'être placés en isolement plutôt que de recevoir une autre sanction disciplinaire (OR = 1,36, p < 0,001), en comparaison des détenus indemnes de troubles psychiatriques. La probabilité qu'un sujet atteint de trouble psychiatrique soit placé au quartier disciplinaire ou à l'isolement à la suite d'une mauvaise conduite est 36% plus élevée que celle d'un sujet sans trouble psychiatrique. Les personnes atteintes de troubles psychiatriques sont 40% moins susceptibles de se voir imposer d'autres mesures disciplinaires que l'isolement, et sont plus susceptibles d'être punis plus sévèrement.	Faible
The effect of Mental illness on segregation following institutional Misconduct Clark K.	2018	Etats-Unis	Etude transversale évaluant le lien entre trouble psychiatrique diagnostiqué, et risque de placement au quartier disciplinaire après mauvaise conduite, en comparaison des détenus sans trouble psychiatrique. Echantillon de 5823 détenus hommes et femmes majeurs, ayant tous été jugés pour mauvaise conduite au cours de leur peine.	Cellule d'isolement où le détenu est enfermé 22 à 24 heures par jour, avec peu de contacts physiques avec les autres détenus. De plus, peut réduire l'accès aux programmes correctionnels, aux affaires personnelles, aux activités physiques.	Antécédents psychiatriques et données socio-démographiques obtenus à partir d'un entretien standardisé réalisé via un ordinateur. Le sujet était considéré comme ayant un antécédent psychiatrique s'il rapportait avoir déjà été hospitalisé dans un hôpital psychiatrique, avoir déjà pris un traitement psychotrope, avoir déjà reçu les services médicaux d'un professionnel de santé mentale, ou avoir reçu tout autre traitement ou service de santé mentale.	Oui	Les détenus souffrant d'un trouble psychiatrique ont significativement plus de risques d'être placés en isolement plutôt que de recevoir une autre sanction disciplinaire (OR = 1,36, p < 0,001), en comparaison des détenus indemnes de troubles psychiatriques. La probabilité qu'un sujet atteint de trouble psychiatrique soit placé au quartier disciplinaire ou à l'isolement à la suite d'une mauvaise conduite est 36% plus élevée que celle d'un sujet sans trouble psychiatrique. Les personnes atteintes de troubles psychiatriques sont 40% moins susceptibles de se voir imposer d'autres mesures disciplinaires que l'isolement, et sont plus susceptibles d'être punis plus sévèrement.	Modéré	
Gender differences in Mental Health, institutional Misconduct, and disciplinary segregation E. Sewerson	2019	Etats-Unis	Etude transversale évaluant les liens entre présence d'un trouble psychiatrique et placement au quartier disciplinaire. Echantillon de 7182 détenus hommes et femmes, majeurs, dont 2804 ont un antécédent de placement au quartier disciplinaire.	Mesure disciplinaire, punitive. Le sujet est isolé dans une cellule pour 23 heures par jour, avec des interactions sociales restreintes, la majorité de leurs affaires personnelles est confisquée.	Antécédents psychiatriques et données socio-démographiques recueillis à partir d'un entretien standardisé réalisé via un ordinateur. Le sujet était considéré comme ayant un antécédent psychiatrique s'il rapportait avoir déjà été hospitalisé dans un hôpital psychiatrique, avoir déjà pris un traitement psychotrope, avoir déjà reçu les services médicaux d'un professionnel de la santé mentale, ou avoir reçu tout autre traitement ou service de santé mentale.	Oui	Le lien entre trouble psychiatrique et placement au quartier disciplinaire varie selon le genre : - Un antécédent de trouble psychiatrique augmente le risque de comportement violent chez les hommes (OR = 1,49, p < .001), mais pas chez les femmes. - Un antécédent vie entière de trouble psychiatrique augmente le risque de placement au quartier disciplinaire chez les hommes (OR = 1,28, p = .001) mais pas chez les femmes. - Un antécédent récent de trouble mental augmente le risque de placement au quartier disciplinaire chez les femmes (OR = 1,27, p = .02), mais pas chez les hommes. - Un comportement violent augmente le risque de placement au quartier disciplinaire chez les deux (hommes : OR = 3,05, p < .001; femmes: OR = 5,03, p < .001).	Modéré	
A 17-Year National Study of Prison Suicides in Belgium. Favril L, Wiltouck C, Audenaert K, Vander Jaenen F.	2019	Belgique	Etude transversale évaluant les facteurs individuels et judiciaires associés aux suicides létaux dans les prisons belges. Echantillon 262 détenus hommes et femmes majeurs.	Non spécifié dans l'article	Antécédents psychiatriques, données socio-démographiques et criminologiques obtenus par consultation des dossiers médicaux des détenus.	Non	11,2% de la totalité des suicides a eu lieu au quartier disciplinaire	Modéré	

Solitary confinement, placement and post-release mortality risk among formerly incarcerated individuals: a population-based study Christopher Wildeman, Lars H Andersen	2020	Danemark	Etude longitudinale rétrospective évaluant les liens entre placement au quartier disciplinaire ou à l'isolement et mortalité dans les 5 ans suivant la sortie de détention. Echantillon de 13 776 sujets hommes et femmes majeurs, dont 1662 ont un antécédent de placement au quartier disciplinaire ou à l'isolement.	Non spécifié dans l'article	Date et cause de la mort obtenus à partir du registre du Conseil Danois de la Santé.	Non	La mortalité des détenus ayant passé du temps au quartier disciplinaire ou à l'isolement 5 ans après la libération est statistiquement plus élevée (4,5%) que celle des détenus n'ayant pas été isolés (2,8%, $P < 0,0001$). Après ajustement, les résultats suggèrent une association statistiquement significative entre le placement au quartier disciplinaire ou à l'isolement et une mort de cause non-naturelle au cours des 5 ans suivant la libération (Hazard Ratio 2,342, [95% CI 1,527-3,592]).	Modéré
Psychological Distress in Solitary Confinement: Symptoms, Severity, and Prevalence in the United States, 2017-2018. Reiter K, Ventura J, Lovell D, Augustine D, Barragan M, Blair T, Chesnut K, Dastgird P, Gonzalez G, Pifer N, Strong J.	2020	Etats-Unis	Etude longitudinale prospective évaluant le niveau de détresse psychologique des détenus placés à l'isolement sur de longues périodes. Echantillon de 106 sujets détenus hommes placés à l'isolement.	Isolément d'une durée de plusieurs mois à plusieurs années, avec un accès restreint au téléphone, à la radio, à la télévision, et une restriction du temps en dehors de la cellule d'isolement et du temps de visites.	Entretien psychiatrique semi-structuré et passation de la Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) au début de l'étude et 1 an plus tard. Consultation du dossier médical de chaque participant.	Non	La BPRS retrouve des symptômes cliniquement significatifs de dépression, d'anxiété, ou un sentiment de culpabilité chez 50% des détenus en placés à l'isolement. Les données issues des dossiers médicaux retrouvent des taux élevés de trouble psychiatrique sévère (19%), de passage à l'acte suicidaire (22%) et de passages à l'acte auto-agressifs (18%) chez les détenus placés à l'isolement (avant ou pendant leur incarcération). Les entretiens à distance des sujets retrouvent des conséquences émotionnelles importantes, un sentiment d'isolement social, une anxiété, une hypersensibilité sensorielle ou une perte d'identité chez ces détenus.	Élevée
Previously incarcerated individuals with psychotic symptoms are more likely to report a history of solitary confinement. Ryan AT, DeWilder J.	2020	Etats-Unis	Etude transversale évaluant les liens entre symptômes psychotiques et antécédents de placement au quartier disciplinaire ou à l'isolement. Echantillon de 176 sujets hommes et femmes majeurs, dont 81 ont un antécédent de placement au quartier disciplinaire.	Séparation du sujet du reste de la population de détenus, pendant 22 heures ou plus par jour, et pendant 15 jours consécutifs ou plus.	Diagnostic de symptômes psychotiques obtenus à partir d'un auto-questionnaire à partir des critères suivants : diagnostic de schizophrénie posé lors des 12 derniers mois ou survenue d'idées de référence ou paranoïdes, d'une désorganisation psychomotrice, d'hallucinations auditives ou visuelles au cours des 12 derniers mois. Questions issues du module "troubles psychotiques" du World Health Organization Composite International Diagnostic Interview (WHO-CIDI)	Oui	Les personnes présentant des symptômes psychotiques étaient significativement plus à risque d'avoir été placées à l'isolement pendant leur incarcération: probabilité prédite d'isolement dans le groupe des symptômes psychotiques = 59% vs dans le groupe des sujets ayant présenté des symptômes non psychotiques = 40%. OR ajusté = 2,12 [1,08, 4,17], $p = 0,029$. Les personnes précédemment incarcérées présentant des symptômes psychotiques étaient donc environ 50% plus susceptibles de déclarer des antécédents de placement à l'isolement que celles sans symptômes psychotiques.	Modéré

Résultats

Pour des raisons pratiques de rédaction, et du fait de l'absence de distinction dans certains articles, le terme « isolement » regroupe ici l'isolement sécuritaire (quartier isolement en France) et l'isolement disciplinaire (quartier disciplinaire en France). Lorsque les effets constatés sont en lien avec un type spécifique d'isolement (sécuritaire ou disciplinaire), ce type sera précisé dans le texte.

Les effets négatifs de l'isolement sur la santé mentale

Les articles inclus démontrent pour la grande majorité une augmentation du risque de développer un trouble ou des symptômes psychiatriques après un placement à l'isolement.

Andersen et al. rapportent une prévalence de troubles ou symptômes psychiatriques (troubles de l'adaptation avec anxiété, troubles dépressifs, troubles somatoformes, difficultés de concentration, insomnie, irritabilité, hallucinations) significativement plus élevée pour les détenus placés à l'isolement, en comparaison des détenus non isolés (28% vs 15%) (7).

L'étude d'Hagan et al. s'est pour sa part plus particulièrement intéressée à la question du lien entre placement à l'isolement disciplinaire et développement de symptômes de trouble de stress post-traumatique (TSPT). Les sujets avec un antécédent de placement au quartier disciplinaire ou à l'isolement ont significativement plus de risques de souffrir de symptômes de TSPT (43 vs 16%, $p < 0.01$), même après exclusion des sujets ayant un TSPT antérieur au placement (36 vs 8%, $p < 0.01$) (26).

Plusieurs études tendent également à montrer que le risque de développer des troubles psychiatriques augmente d'autant plus s'il existe des antécédents. Reiter et al. ont retrouvé des scores plus élevés à la Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) chez les détenus souffrant de troubles psychiatriques sévères placés à l'isolement, que chez les détenus souffrant de troubles psychiatriques sévères en régime de détention classique (10). La BPRS retrouvait des symptômes cliniquement significatifs de dépression, d'anxiété, ou un sentiment de culpabilité chez 50% des détenus en placés à l'isolement.

Une augmentation du risque suicidaire

Une autre conséquence psychiatrique importante de l'isolement rapportée par plusieurs articles de cette revue de la littérature, est une augmentation du risque suicidaire chez les détenus qui y ont été placés.

Une étude menée par Favril et al. portant sur la totalité des suicides ayant eu lieu dans les prisons belges de 2000 à 2016, retrouve que 11,2% de la totalité de ceux-ci a eu lieu au quartier disciplinaire (11). Cette constatation est partagée par certains articles américains. Entre autres, Kaba et al. mettent en évidence une association statistiquement significative entre antécédent de placement au quartier disciplinaire et passage à l'acte auto-agressif (OR 6,89 (6,07-7,82)), et passage à l'acte auto-agressif potentiellement fatal (OR 6,27 (3,92-10,01)), indépendamment de l'âge, du sexe, de la durée de la peine ou de la présence d'un trouble psychiatrique sévère (9).

Une augmentation globale de la mortalité

Le suicide n'est pas la seule cause de mortalité dont la prévalence augmente après le placement à l'isolement disciplinaire. Dans leur étude, Andersen et al. se sont intéressés à l'état de santé globale des détenus placés en isolement (18). D'après leurs résultats, la mortalité des détenus ayant passé du temps au quartier disciplinaire ou à l'isolement est significativement plus élevée dans les 5 ans suivant leur libération (4,5%) que celle des détenus n'ayant pas été isolés (2,8%, $P < 0,0001$). Après ajustement, leurs résultats suggèrent une association statistiquement significative entre le placement au quartier disciplinaire ou à l'isolement et une mort de cause non-naturelle au cours des 5 ans suivant la libération (Hazard Ratio 2,342, IC95% 1,527-3,592).

Des effets sur la santé mentale à court et à long terme

Les différents articles s'accordent à conclure que la plupart des symptômes psychiatriques sont présents dès les premiers jours suivant la mise en isolement, et que leur incidence diminue avec le temps passé en isolement. L'isolement serait un facteur de stress immédiat. Cela explique en partie la possibilité d'une régression, voire d'une disparition de l'ensemble des symptômes décrits dans les premières heures suivant la levée de l'isolement (13).

Cependant, même si les symptômes les plus probants sont observables au début de la mise à l'isolement, certains chercheurs se sont intéressés aux conséquences psychiatriques à long terme chez les patients ayant été placés à l'isolement disciplinaire. Parmi eux, Andersen et al. mettent en avant une

augmentation du risque d'être hospitalisé pour un motif psychiatrique (notamment pour dépression, troubles d'ajustement et troubles somato-psychiatriques) chez les sujets isolés, en comparaison aux sujets non isolés, et une augmentation significative du Risque Relatif d'être hospitalisé en psychiatrie lorsque la durée d'isolement augmente, en comparaison aux détenus non isolés (15).

Malgré l'augmentation du risque de développer des troubles psychiatriques et d'être hospitalisé dans un service spécialisé, les patients isolés ont un accès restreint aux soins. Ceci est inhérent au placement en isolement. Il n'est donc pas étonnant de lire que, par conséquent, les sujets placés au quartier disciplinaire ont significativement plus de risque d'avoir un diagnostic plus tardif de trouble psychiatrique (65,5% de diagnostics portés après 7 jours vs 34,5%, $P < .001$) (12).

Un risque d'isolement plus élevé chez les détenus présentant des antécédents psychiatriques

La revue de la littérature met également en évidence un lien entre la présence d'un ou plusieurs antécédents psychiatriques et le placement à l'isolement.

Un article publié en 2014 par Stewart et al. démontre que les détenus ayant un trouble psychiatrique diagnostiqué ont significativement plus de risque d'être placés en institution hautement sécuritaire, et moins de chance d'être placé en institution faiblement sécurisée que les détenus indemnes de troubles mentaux ($\chi^2(2) = 11.2$, $\phi = .12$, $p = .004$). De plus, ils démontrent que le taux de placement en quartier disciplinaire ou à l'isolement est significativement plus élevé chez les détenus atteints de troubles mentaux (rate ratio = 1.67, 95% CI [1.14, 2.44] et 1.37, 95% CI [1.10, 1.69],

respectivement) (17). D'autres études américaines réitèrent ce constat : 13.1% des sujets souffrant de troubles psychiatriques ont un risque d'isolement vs 2.3% des sujets indemnes (12,22) ; OR 1,577 (19) ; OR = 1,36, $p \leq 0,001$ (21)) et ce indépendamment des autres facteurs de risque d'isolement étudiés (âge, durée de la peine, crime violent, affiliation à un gang, niveau de sécurité initial). Avec un risque augmenté d'être placé en isolement disciplinaire, les détenus présentant des troubles ont également un risque d'être isolé plus longtemps (17).

Les chercheurs partent du postulat commun que les détenus présentant des troubles psychiatriques sont plus à risque d'être isolés du fait de leur plus faible capacité d'adaptation à l'environnement stressant qu'est la prison. Clarck démontre que la probabilité qu'un sujet atteint de trouble psychiatrique soit placé au quartier disciplinaire ou à l'isolement à la suite d'une mauvaise conduite est 36% plus élevée que celle d'un sujet sans trouble psychiatrique (21) . L'hypothèse formulée par les auteurs afin d'expliquer ces résultats est que les détenus souffrant de troubles psychiatriques, de par l'expression d'un « comportement symptôme », sont plus à risque d'enfreindre les règles carcérales ou de devoir être mis à l'écart de leurs codétenus (passage à l'acte auto-agressif chez un détenu souffrant de dépression, ou présentant un trouble de personnalité état limite ; recherche et usage de toxiques chez un détenu souffrant d'une addiction ; menaces ou passage à l'acte hétéro-agressif chez un détenu présentant un trouble de personnalité psychopathique ; trouble du comportement dans le cadre d'hallucinations chez un détenu souffrant de psychose par exemple, etc.)

Dans l'étude de Ryan et al. publiée en 2020, les personnes présentant des symptômes psychotiques étaient significativement plus à risque d'avoir été placées à

l'isolement pendant leur incarcération (OR ajusté = 2,12 [1,08, 4,17], $p = 0,029$). Les personnes précédemment incarcérées présentant des symptômes psychotiques étaient environ 50% plus susceptibles de déclarer des antécédents de placement à l'isolement que celles sans symptômes psychotiques (14). Des études supplémentaires ont montré que le placement au quartier disciplinaire est significativement corrélé aux diagnostics de troubles de l'humeur et de troubles de la personnalité dyssociale (12).

Pour aller plus loin, Severson publie en 2020 une étude qui soulève la question des variations de résultats entre les genres : Un antécédent de trouble psychiatrique augmente le risque de comportement violent chez les hommes (OR = 1.49, $p < .001$); mais pas chez les femmes ; Un antécédent vie entière de trouble psychiatrique augmente le risque de placement au quartier disciplinaire chez les hommes (OR = 1,28, $p = .001$) mais pas chez les femmes ; Un antécédent récent de trouble mental augmente le risque de placement au quartier disciplinaire chez les femmes (OR = 1.27, $p = .02$), mais pas chez les hommes ; Un comportement violent augmente le risque de placement au quartier disciplinaire chez les deux (hommes : OR = 3.05, $p < .001$; femmes: OR = 5.03, $p < .001$) (20).

Pour conclure, les résultats convergent vers une observation commune : les antécédents de troubles psychiatriques seraient un facteur de risque de placement en isolement disciplinaire, soit par nécessité d'une mise en protection, ou au contraire pour protéger les autres détenus, soit à cause d'une plus forte difficulté à se soumettre aux règles imposées par le milieu carcéral, ou à cause de comportements identifiés comme « déviants ». Cela aurait pour conséquence d'aggraver la santé mentale de

ces détenus, voire de précipiter l'apparition de symptômes de maladie mentale chez les détenus indemnes de maladie jusqu'alors. Cela soulève une impasse : les détenus malades sont isolés plus facilement et plus longtemps, ce qui diminue leur recours aux soins, et ainsi dégrade leur état de santé mentale.

Limites et biais de la revue de la littérature

La généralisation de ces résultats peut cependant être débattue, et plusieurs limites et biais sont retrouvés dans les articles inclus. La revue de la littérature met en évidence une grande hétérogénéité des résultats entre les différentes études. Cette hétérogénéité a plusieurs explications.

Premièrement, les conditions de détention varient fortement en fonction du système carcéral concerné et la définition du quartier disciplinaire diffère donc d'une étude à l'autre. Les conditions de détention au Danemark sont en effet bien différentes de celles des États-Unis, et les régimes carcéraux changent également d'un établissement pénitentiaire à un autre au sein même des États-Unis. Le système carcéral américain est en effet composé de différents types de structures - organisées selon le niveau de sécurité - dans lesquelles les conditions d'isolement diffèrent. Les articles étudiés incluent différentes structures, dont les « Supermax » ou Intensive Management Units (IMUs) et les « Special Housing Units » (SHU) ou « Special Management Unit » (SMU). « Supermax » est le nom donné aux prisons fédérales américaines de très haute sécurité, dans lesquelles chaque détenu est totalement isolé du reste de la population carcérale. À l'inverse, une SHU, ou unité de logement spécial, est une zone de haute sécurité à l'intérieur d'une prison de faible sécurité, utilisée pour

les détenus qui peuvent présenter un danger pour autrui ou pour eux-mêmes s'ils sont laissés dans la population carcérale générale.

En l'absence de définition uniforme, et par l'utilisation de multiples appellations par les agences correctionnelles américaines, l'isolement disciplinaire est difficile à mesurer. Néanmoins, les chercheurs américains décrivent généralement un isolement du détenu dans une cellule pendant 20 heures ou plus par jour avec une augmentation des restrictions et des procédures de sécurité. Les détenus isolés ont le droit de quitter leur cellule trois fois par semaine pour prendre une douche, et cinq fois par semaine pour réaliser une forme d'exercice physique de manière solitaire. Lors de leurs sorties de cellule, les détenus sont escortés par deux officiers et menottés.

Deuxièmement, les articles distinguent trois types de ségrégation : la ségrégation disciplinaire, punitive, qui concerne les détenus ayant enfreint les règles des établissements pénitentiaires ; l'isolement protecteur, qui concerne les détenus vulnérables contre les préjudices ; et l'isolement préventif qui concerne les détenus décrits comme « perturbateurs » de la population générale. Si les conditions de détention sont globalement similaires dans ces trois régimes carcéraux, les populations concernées sont différentes. Les troubles psychiatriques mis en évidence dans une population isolée de manière préventive ne sont pas forcément identiques aux troubles retrouvés dans une population isolée pour motif sécuritaire.

Enfin, l'hétérogénéité des études résulte également des différentes méthodes d'évaluation psychiatrique utilisées, ainsi que du moment de l'évaluation par rapport au placement à l'isolement du détenu. Certains résultats sont issus d'entretien réalisés

par des professionnels de santé mentale, avec utilisation de questionnaires semi structurés validés par la littérature. D'autres proviennent d'auto-questionnaires remplis par les détenus évalués, ou bien de recueils effectués a posteriori via les registres de l'administration pénitentiaire ou du dossier médical des personnes détenues.

La généralisation des résultats retrouvés par notre revue de la littérature semble donc difficile. Des études au sein de la population carcérale française sont nécessaire afin d'établir un état des lieux des caractéristiques psychiatriques des détenus placés à l'isolement ou au quartier disciplinaire en France.

II) ETUDE PORTANT SUR LE QUARTIER DISCIPLINAIRE DE LA PRISON D'ANNOEULLIN

A. Matériel et Méthodes

Nous avons réalisé une étude épidémiologique transversale rétrospective portant sur l'ensemble des sujets placés en quartier disciplinaire dans le centre pénitentiaire de Lille-Annœullin, du 1er Mai 2020 au 31 Janvier 2021. Au total, 143 sujets ont séjourné au quartier disciplinaire d'Annœullin durant cette période. Pour chacun de ces sujets, nous avons recherché systématiquement la présence d'antécédents psychiatriques par étude du dossier arrivant et du dossier médical de consultation. Le dossier arrivant consiste en un questionnaire passé à l'ensemble des entrants en détention. Il comporte un ensemble de questions ayant pour but l'identification des antécédents psychiatriques (antécédent psychiatrique connu ;

antécédent de suivi ambulatoire ou hospitalier ; antécédent de traitement psychotrope), des antécédents addictologiques (usage ou dépendance actuel ou passé de tabac, d'alcool, de THC, de cocaïne, d'héroïne, de traitements sédatifs, et d'autres substances ou addictions sans produits) et des antécédents de passage à l'acte auto-agressifs. Il comporte également un compte-rendu de l'examen clinique évaluant l'état psychiatrique de la personne à l'arrivée en détention. Les diagnostics de troubles psychiatriques et addictologiques ont donc été retenus pour notre étude selon deux critères : (1) présence d'antécédents psychiatriques ou addictologiques lors de l'entretien arrivant ; (2) présence d'un trouble psychiatrique ou addictologique diagnostiqué lors du suivi au cours de l'incarcération ; et ont été définis précisément par relevé du logiciel CORA, selon les codes de la CIM-10. Les antécédents de passage à l'acte auto-agressif au cours de l'incarcération actuelle ont également été relevé systématiquement à partir du dossier médical de consultation.

Nous avons également pour chaque patient relevé le nombre d'extractions hors du quartier disciplinaire ayant eu lieu au cours de leur placement, ainsi que le motif de ces extractions.

Nous avons porté une attention particulière au nombre de passage à l'acte auto-agressif ayant eu lieu en quartier disciplinaire, ainsi que dans les trois mois suivant leur sortie du quartier disciplinaire, pour les 143 sujets de notre cohorte.

L'étude a été déclarée au DPO du CHU de Lille sous le numéro BIS 1098. Tous les détenus ont été informés par courrier (cf **Annexe**) de la réalisation de cette étude et de ses objectifs, ainsi que de la possibilité de refuser cette inclusion.

B. Résultats

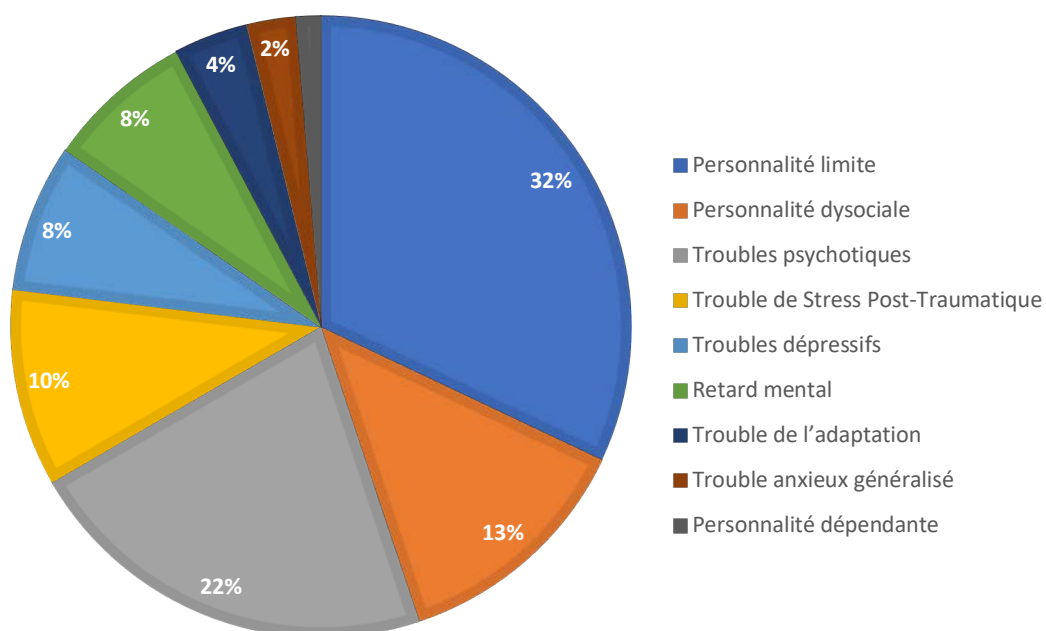
	N	%
Sujets	143	
Age médian	26 ans	
Durée médiane du séjour au QD	9 jours	
Antécédents de trouble(s) psychiatrique(s)	77	54%
Antécédents de trouble(s) addictologique(s)	95	66%
Aucun antécédent psychiatrique ou addictologique connu	40	28%
Antécédent de passage à l'acte auto-agressif antérieur au placement au QD	46	32%
Extraction hors du QD pour motif psychiatrique	15	10%
- dont passage à l'acte auto-agressif	11	
- dont placement en CProU *	2	
- dont décompensation psychotique	1	
- dont hospitalisation programmée	1	
Passage à l'acte auto-agressif dans les 3 mois suivant le placement au QD	17	12%
- dont sujet étant passé à l'acte au QD	8	
- dont décès	1	
Absence de données médicales	7	

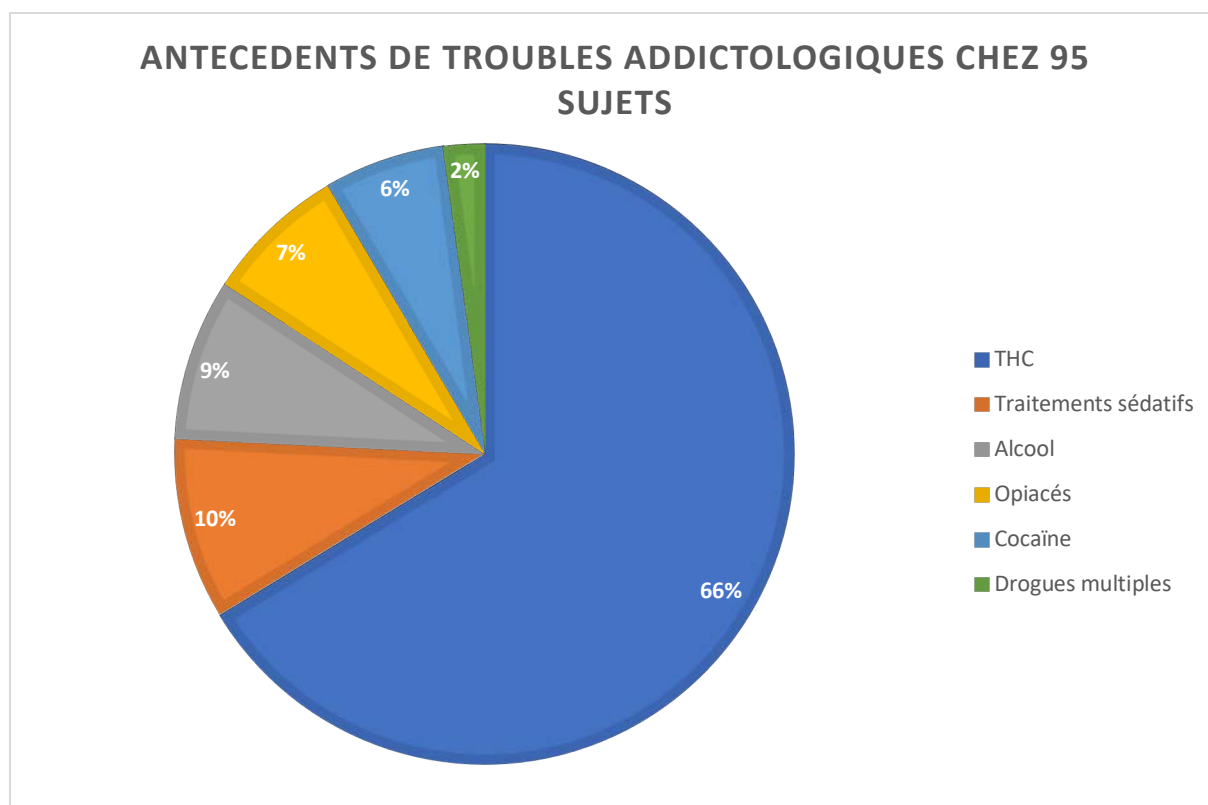
* CProU : Cellule de Protection d'Urgence, est une cellule « lisse », équipée du strict minimum (un lit fixé au sol, un matelas mou, une TV fixée sous un plexiglas, une toilette et une douche), et dépourvue de points d'accroche pour limiter les risques de pendaison. Mesure ne pouvant excéder vingt-quatre heures en principe. Doit s'accompagner d'un signalement aux services sanitaires ou d'un appel au 15, afin qu'une prise en charge appropriée puisse être rapidement organisée.

ANTECEDENTS		N=77	ANTECEDENTS		N=95
PSYCHIATRIQUES			ADDICTOLOGIQUES		
Troubles psychotiques :		17	Dépendance au THC		63
- Dont schizophrénie paranoïde		8			
- Dont troubles schizo-affectifs		5			
- Dont troubles psychotiques indifférenciés		3			
Troubles de la personnalité :		36	Dépendance aux traitements sédatifs		9
- Dont personnalité limite					
- Dont personnalité dyssociale		25			
- Dont personnalité dépendante		10			
		1			

Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT)	8	Dépendance à l'alcool	8
Troubles dépressifs	6	Dépendance aux opiacés	7
Retard mental	6	Dépendance à la cocaïne	6
Trouble anxieux généralisé	2	Dépendance aux drogues multiples	2

ANTECEDENTS DE TROUBLES PSYCHIATRIQUES CHEZ 77 SUJETS





Pour les 143 sujets inclus dans l'étude, l'âge médian était de 26 ans (entre 18 et 52 ans), et la durée médiane de séjour en quartier disciplinaire était de 9 jours (la durée minimale était de 1 jour, et la durée maximale de 90 jours). Après analyse du dossier médical et du questionnaire arrivant de chacun de ces détenus, nous avons observé qu'une large proportion d'entre eux présentait au moins un antécédent de trouble psychiatrique ou addictologique, ou les deux. En effet, seulement 40 sujets (28%) ne présentaient aucun antécédent de trouble mental. Les informations médicales étaient manquantes pour 7 sujets du fait d'un refus de l'entretien arrivant et de l'absence de suivi psychiatrique ambulatoire ou hospitalier au cours de l'incarcération. Au total, 54% des sujets placés en QD présentait un ou plusieurs antécédents de troubles psychiatriques, 66% d'entre eux présentaient un antécédent de trouble addictologique et 27% présentaient les deux.

Les troubles psychiatriques retrouvés chez les détenus placés au QD au cours de l'étude étaient les suivants : les troubles de personnalité type état limite, dépendante et dyssociale ; la schizophrénie paranoïde et les troubles psychotiques ; le trouble schizo-affectif ; le trouble anxieux généralisé et le TSPT ; les troubles dépressifs ; les troubles de l'adaptation et le retard mental léger et moyen. Nous avons également observé que 46 sujets (32%) avaient un antécédent de passage à l'acte auto agressif avant leur mise en QD. Parmi les troubles mentaux cités plus haut, le trouble de personnalité limite était le plus largement représenté puisqu'il concernait 25 détenus, soit 32% de la population étudiée. Le trouble de personnalité dyssociale était la deuxième pathologie psychiatrique la plus représentée (10 sujets soit 13%), suivie de près par la schizophrénie paranoïde et le TPST (8 sujets chacun soit 10%) puis par les troubles dépressifs et la déficience mentale (6 sujets chacun soit 7%).

Les troubles addictologiques recensés incluaient les dépendances au cannabis, aux traitements sédatifs, à l'alcool, aux opiacés, à la cocaïne et aux drogues multiples. Nous avons constaté que la majorité des patients ayant séjourné au QD présentait une dépendance au cannabis (63 sujets, soit 66%). En outre, 9 sujets présentaient une dépendance aux traitements sédatifs (10%), 8 sujets avaient un antécédent d'alcoolodépendance (9%), 7 avaient un antécédent de dépendance aux opiacés (7%) et 6 de dépendance à la cocaïne (6%).

Après avoir étudié les antécédents de troubles mentaux des sujets placés au QD, nous nous sommes intéressés à leur état de santé mentale au cours de ce placement. Parmi les 143 détenus de notre échantillon, 15 ont été extraits du QD au cours de leur placement pour un motif psychiatrique. Le passage à l'acte auto-agressif

était le principal motif d'extraction. Au cours de l'étude, 11 sujets ont réalisé une tentative de suicide au sein de leur cellule (5 par incendie de cellule, 2 par ingestion médicamenteuse volontaire, 2 par pendaison, 1 par ingestion de lames et 1 par tentative de suicide non spécifiée). Par ailleurs, un sujet a présenté un épisode de décompensation psychotique au cours de son placement en quartier disciplinaire, et un autre a été transféré en hospitalisation psychiatrique programmée.

Pour finir, nous avons observé le nombre de passage à l'acte auto-agressif post-QD. Dans les 3 mois suivant leur séjour au QD, 17 sujets ont réalisé une tentative de suicide (12%). 8 de ces 17 sujets avaient déjà réalisés un passage à l'acte au cours de leur placement au QD. 1 sujet est décédé de son passage à l'acte lors d'un nouveau placement au QD.

En conclusion, nous constatons qu'une large proportion des sujets placé au QD au centre pénitentiaire de Lille-Annœullin entre mai 2020 et janvier 2021 présentait un antécédent de trouble mental, puisque plus de la moitié présentait un ou plusieurs antécédents psychiatriques, et les deux tiers présentaient un ou plusieurs antécédents addictologiques. On retrouvait un antécédent de passage à l'acte auto-agressif chez un tiers des détenus ayant séjourné au QD. Les deux tiers des sujets souffrant de trouble lié à l'usage de substance étaient consommateurs de cannabis. Un tiers des sujets souffrant de maladie psychiatrique présentaient un trouble de personnalité type état limite. Enfin nous avons relevé 17 tentatives de suicide dans les trois mois suivant la sortie du QD dans la population étudiée, dont un décès.

Comme les études internationales, notre travail tend à montrer qu'il existe un risque d'isolement plus élevé chez les détenus présentant des antécédents psychiatriques, et que l'isolement provoque des effets délétères sur la santé mentale à court et à long terme, ainsi qu'une augmentation du risque suicidaire. Nous pouvons à présent comparer les résultats obtenus à Annœullin à ceux de la revue de la littérature, et discuter de ces différents résultats, ainsi que des stratégies pouvant être mises en place afin de réduire les effets observés du placement en quartier disciplinaire sur la santé mentale.

III) DISCUSSION

A. Le QD et les troubles mentaux : un effet boule de neige

Nous pouvons à présent mettre en lumière certains constats qui se rejoignent entre les articles de notre revue de la littérature et notre étude au sein de la population carcérale française de la prison d'Annœullin, afin d'établir un état des lieux des caractéristiques psychiatriques des détenus placés à l'isolement ou au quartier disciplinaire. Nous tenterons de comprendre les liens qui existent entre les troubles psychiatriques et le placement à l'isolement ou en quartier disciplinaire, ainsi que les conséquences de l'isolement sur les troubles mentaux.

Les détenus présentant un trouble mental sont plus à risque d'être isolés en QD

Dans notre revue de la littérature nous avons retrouvé une prévalence d'antécédents, de troubles ou symptômes psychiatriques significativement plus élevée pour les détenus placés à l'isolement, en comparaison des détenus non isolés. En France nous avons observé qu'une grande proportion des sujets placés en isolement en QD présentait un antécédent de trouble psychiatrique (54%) ou addictologie (66%). Cela tend à montrer qu'il existe un lien entre les troubles de la santé mentale et le placement en QD. Les troubles les plus représentés parmi cette population de détenus à Annœullin sont les troubles de la personnalité (état limite et dyssociale) ainsi que la dépendance au THC.

L'hypothèse principale qui se dégage de l'ensemble de nos recherches, serait que les détenus souffrant de trouble de la personnalité ou de troubles liés à l'usage du cannabis, auraient des symptômes psychiatriques pouvant engendrer des troubles du comportement et des difficultés d'adaptations émotionnelles en milieu carcéral, responsables de difficultés à respecter les règles de la prison, ce qui motiverait leur placement en QD. De plus nous avons cité en introduction les méta-analyses de Seena Fazel qui montraient que le trouble de la personnalité état limite était l'un des troubles psychiatriques les plus fréquents en prison, ce qui peut en partie expliquer que ce soit le trouble le plus représenté en QD.

Focus sur les troubles de la personnalité

Selon le DSM-5 (27), les personnes souffrant d'un trouble de la personnalité de type état limite présentent fréquemment des troubles des relations interpersonnelles avec une difficulté à contrôler leur colère, ainsi qu'une impulsivité marquée, pouvant aboutir à des passages à l'acte hétéro-agressif répétés. Ces troubles sont de plus caractérisés par une plus faible capacité d'adaptation aux environnements stressants. Ces personnes souffrant de troubles de la personnalité sont également sujet à une répétition d'épisodes d'automutilation, de conduites à risque ou de tentatives de suicide, de par une instabilité affective et interpersonnelle majeure. Les sujets atteints de trouble de la personnalité dyssociale, quant à eux, présentent une irritabilité et une impulsivité importante, avec une tendance à la répétition des passages à l'acte hétéro-agressif, ainsi qu'une absence d'accès à la culpabilité. Ce sont des sujets qui ont, de par leur pathologie, une tendance à la transgression répétée des règles et des droits d'autrui. Leur biographie est également marquée par des comportements transgressifs répétés et des troubles des conduites.

Pour approfondir et comprendre les définitions proposées par le DSM-5, nous avons recherché les liens établis entre les troubles de personnalité limite et antisociale et les notions de dérégulation émotionnelle et d'impulsivité dans la littérature.

Selon Gratz et Romer, la dérégulation émotionnelle correspond à une construction multidimensionnelle impliquant : une mauvaise conscience et compréhension des émotions ; un manque d'acceptation des émotions (c'est-à-dire

une tendance à réagir avec une réponse émotionnelle secondaire, comme se sentir en colère pour se sentir triste) ; une capacité réduite à contrôler le comportement impulsif et à se comporter conformément aux objectifs souhaités lors de l'expérience d'émotions négatives ; ainsi qu'une incapacité à utiliser de manière flexible des stratégies de régulation des émotions efficaces, afin de moduler les réponses émotionnelles et de répondre aux objectifs individuels et aux règles (28).

Plus tard, Carpenter et Trull ont étudié la dérégulation émotionnelle dans le trouble de la personnalité de type état limite, et ont décrit un modèle à quatre composantes chez les sujets atteints de ce trouble, qui seraient : une sensibilité accrue aux émotions, un niveau élevé de sensations d'affects négatifs, un déficit dans les stratégies appropriées de régulation des émotions, ainsi que des comportements émergents inappropriés (29). Nous pouvons éclaircir ces composantes de la manière suivante : les personnes atteintes de trouble de la personnalité auraient une réactivité émotionnelle accrue aux stimuli environnementaux (y compris aux émotions d'autrui) et cette sensibilité serait principalement associée à des états d'humeur négatifs (comme la colère, la peur ou la tristesse par exemple) et non à des émotions positives. Cela aurait pour conséquence un vécu important d'affects négatifs, qui serait caractérisé par une instabilité dans le temps et une capacité à s'intensifier rapidement et sans trop d'avertissement. Ce vécu important d'émotion négative serait couplé à des difficultés à contrôler ces dernières, ce qui aurait pour conséquence le développement de stratégies de régulation émotionnelle visant à façonner les émotions avant qu'elles ne surviennent ou à moduler l'émotion après qu'elle ait commencé. La résultante en serait l'activation de réponses comportementales inadaptées, afin de diminuer l'affect négatif.

Selby et al. ont décrit l'apparition de comportements inadaptés chez les sujets souffrant de trouble de la personnalité sous le modèle des « cascades émotionnelles ». Selon eux, l'augmentation de l'ampleur des affects négatifs serait causée par des ruminations intensives chez ces sujets, jusqu'au point où ils adopteraient un comportement dérégulé, afin de les distraire de ces ruminations (30). Ils émettaient l'hypothèse que, si l'affect négatif devient suffisamment intense, les individus auraient tendance à choisir des comportements inadaptés plutôt que des comportements adaptatifs efficaces. Cela pourrait être dû au fait que les comportements inadaptés ont souvent un effet plus immédiat dans la diminution des affects négatifs, ou sont plus simples à utiliser que les comportements plus adaptatifs. Pourtant, bien que de tels comportements puissent être efficaces à court terme, ils seraient finalement problématiques, soit en raison de conséquences néfastes, soit parce qu'ils ne sont pas efficaces à long terme, soit les deux.

D'autres études ont examiné des aspects comportementaux similaires dans la régulation des émotions chez les sujets souffrant de trouble de personnalité limite. Glenn et Klonsky (31) et Salsman et Linehan (32) ont associé le trouble de personnalité limite à un accès limité aux stratégies de régulation des émotions, et à l'usage de stratégies inadaptées qui produisent un soulagement rapide, plutôt qu'à des comportements plus réfléchis. Chapman et al. (33) ont suggéré que les personnes présentant des traits de personnalité limite pourraient ressentir moins d'avantages émotionnels dans l'acceptation des émotions négatives, par rapport à la suppression et à l'évitement de ces dernières. Sauer et al. (34) ont montré que les patient borderline trouveraient que certaines stratégies adaptatives de régulation des émotions, telles que la réévaluation cognitive et la distraction, ne seraient pas assez efficaces.

De l'évocation de ces stratégies inadaptées de coping, découle la notion d'impulsivité, que comportent les définitions des troubles de la personnalité limite et antisociale selon le DSM-5.

Les différents aspects de l'impulsivité proposés dans la littérature scientifique nous permettent d'en donner la définition suivante : l'impulsivité décrit une tendance à des réactions rapides et non planifiées à des stimuli internes ou externes, avec une faible considération des conséquences négatives de ces réactions sur soi et sur autrui ; une incapacité à arrêter un comportement qui a des conséquences négatives et une préférence pour une gratification immédiate plutôt qu'une gratification différée ; une tendance à s'engager dans des comportements à risque ; une recherche accrue de nouveauté, une impatience, une courte durée d'attention et des difficultés à persister dans une activité particulière (35–41).

L'impulsivité est considérée comme l'un des facteurs déclenchant les troubles du comportement dans les troubles de la personnalité, que ceux-ci soient intériorisés (comme par exemple l'automutilation) ou extériorisés (comme par exemple l'agressivité) et les recherches scientifiques ont retrouvé une association positive entre impulsivité et troubles de la personnalité limite et antisociale.

Nous pouvons alors tenter d'extrapoler l'ensemble des éléments symptomatiques décrits plus haut au milieu carcéral, et essayer d'appuyer notre hypothèse principale (les détenus souffrant de trouble de la personnalité auraient des symptômes psychiatriques pouvant engendrer des troubles du comportement et des difficultés

d'adaptations émotionnelles en milieu carcéral, responsables de difficultés à respecter les règles de la prison, ce qui motiverait leur placement en QD).

La prison représente un facteur de stress considérable de par la privation de libertés qu'elle symbolise, mais également de par les conditions qui y règnent. Parmi ces conditions, nous pouvons citer la promiscuité qu'engendre la sur-occupation dans les maisons d'arrêt, source de violence endémique entre codétenus et à l'égard des personnels pénitentiaires, ou encore la discontinuité des soins aux personnes qui en ont besoin. Si nous faisons un parallèle avec les postulats précédemment cités, la prison est un milieu propère aux stimuli émotionnellement négatifs, en plus d'être un milieu non médicalisé, et qui de fait représente un facteur de risque de décompensation des troubles psychiatriques de manière générale. Dans le trouble de personnalité état limite, la décompensation du trouble pourra se manifester par des troubles du comportement représentant un affront au règlement intérieur. Du fait de leur impulsivité et de leur labilité émotionnelle, ce sont des sujets qui sont plus susceptibles que les autres détenus d'être impliqué dans des conflits verbaux et physiques, de désobéir aux consignes pénitentiaires, ou de porter atteinte à leur propre intégrité physique.

Senik T. et al. se sont attardé plus particulièrement sur la question de l'adaptation en milieu pénitentiaire de femmes présentant un trouble de la personnalité et de l'impulsivité (42). Les résultats de l'étude indiquent que les troubles de la personnalité et l'impulsivité sont des prédicteurs importants de la façon dont les femmes s'adaptent à l'incarcération. Les femmes qui entrent en prison avec certains profils de personnalité peuvent donc être exposées à un mauvais ajustement, ainsi

qu'à des problèmes émotionnels et comportementaux. Plus précisément, les femmes incarcérées diagnostiquées avec des troubles de la personnalité limite seraient plus susceptibles d'avoir des symptômes graves d'anxiété et de dépression. De plus, les femmes emprisonnées pour la première fois et les femmes répondant aux critères de troubles de la personnalité paranoïaque, borderline et dépendante seraient plus susceptibles d'éprouver la peur d'être agressées en prison.

Ainsi, les détenus atteints de trouble de la personnalité limite sont plus à risque de représenter une menace pour le personnel pénitentiaire pour faute réglementaire, justifiant leur placement en QD à visée punitive, dans ce milieu marqué par une politique sécuritaire importante. Ce sont également des sujets à haut risque d'expérimenter un isolement à visée protectrice, au vu de l'aggravation de leur état émotionnel et du risque de mise en danger au décours de leur incarcération.

La corrélation entre trouble de personnalité antisociale et placement en QD semble plus évidente, puisque leur pathologie implique des schémas comportementaux de violence, une tendance aux transgressions répétées des règles, et des troubles des conduites. Ainsi, leur tendance au manquement les place à un risque probant de placement en QD à visée punitive. De plus, leur caractère impulsif et parfois inattendu peut également faire penser qu'ils seraient plus à risque de placement en isolement à visée préventive, afin de protéger les autres détenus, ainsi que le personnel pour lequel ces détenus représentent un danger.

Focus sur la dépendance au cannabis

Il a été démontré de manière consistante que les usagers de cannabis et de drogues en général seraient plus impulsifs et auraient plus tendance à engager des comportements à risque que le reste de la population (43–45). Perry et Carroll ont établi un lien entre l'impulsivité et l'acquisition d'une dépendance, ainsi qu'entre l'usage abusif de toxiques et l'augmentation de l'impulsivité. C'est pourquoi ces usagers présentent un risque accru de conduites délinquantes, et d'entrée, pour certains, dans le monde pénitentiaire. Être sous l'emprise d'un toxique lors de la réalisation d'un crime ou d'un délit est par ailleurs un facteur aggravant aux yeux de la justice, car ceux-ci favorisent le passage à l'acte par le biais de leurs effets désinhibants. Il est donc compréhensible que les troubles de l'usage de cannabis soient largement représentés en détention.

Cependant, une fois incarcérées, les personnes présentant une dépendance au cannabis sont confrontées aux contraintes pénitentiaires, que sont entre autres l'enfermement, la promiscuité et le climat de violence, la faible accessibilité aux soins, et le sevrage forcé menant au syndrome de sevrage en cannabis. Le syndrome de sevrage lié à la dépendance au cannabis est actuellement décrit dans le DSM-5.

Critères diagnostiques DSM-5 du syndrome de sevrage au cannabis.

A – Arrêt d’une utilisation de cannabis qui a été massive et prolongée (en général utilisation quotidienne ou quasi quotidienne sur une période d’au moins quelques mois)

B – Trois (ou plus) des signes suivants qui se développent environ une semaine après le critère A :

- Irritabilité, colère ou agressivité
- Nervosité ou anxiété
- Trouble du sommeil
- Diminution de l’appétit ou perte de poids
- Fébrilité
- Humeur dépressive
- Au moins un symptôme physique suivant causant un inconfort important :
douleur abdominale, tremblements, transpiration, fièvre, frissons ou céphalées.

C – Les signes ou symptômes du critère B entraînent une altération cliniquement significative du fonctionnement social, professionnel ou dans d’autres domaines importants.

D – Les symptômes ne sont pas dus à une affection médicale générale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental, y compris par l’intoxication ou le syndrome de sevrage à une autre substance.

Comme nous l'avons fait précédemment avec les troubles de la personnalité, nous allons maintenant tenter de mettre en lumière les difficultés que peuvent engendrer les symptômes de dépendance et de sevrage en cannabis dans le milieu pénitentiaire.

Si nous reprenons le postulat que les sujets souffrant d'une dépendance présenteraient une impulsivité plus forte que le reste de la population générale, nous pouvons établir la même déduction que celle faite pour les troubles de la personnalité. De plus, le besoin irrépressible de consommer, également appelé « craving », amplifie les risques de débordements, d'agressivité, de troubles du comportement, de violences, de prises de risques, de consommation etc. Ces risques sont également inhérents au syndrome de sevrage comme développé un peu plus haut, car celui-ci peut provoquer une irritabilité, une colère, de l'agressivité, une nervosité ou de l'anxiété. Ainsi, un détenu usager de cannabis pourrait présenter un risque plus élevé de placement en QD à visée punitive pour mauvaise conduite.

Le QD est un facteur de risque de tentative de suicide et de troubles de la santé mentale

Nous avons observé dans la revue de la littérature, que le QD était un facteur favorisant les décompensations psychiatriques chez les patients présentant des antécédents de trouble mental, mais qu'il était également un facteur favorisant l'émergence de troubles chez les sujets indemnes d'antécédent. Notre étude comporte peu d'éléments concernant les décompensations au sein du QD, puisque nous avons

relevé une seule décompensation psychotique et une seule extraction du QD pour hospitalisation en psychiatrie.

Néanmoins, nous avons relevé 11 extractions hors du QD faisant suite à des tentatives de suicide. De plus, 17 sujets ont réalisé une tentative de suicide dans les 3 mois suivant leur sortie du QD (12% de l'échantillon), dont un sujet qui est décédé de sa tentative. Ces résultats, mis en parallèle avec les données retrouvées dans notre revue de la littérature, tendent à confirmer que l'isolement en quartier disciplinaire est un facteur de risque de passage à l'acte suicidaire. En outre, parmi les 17 sujets qui ont effectué un passage à l'acte suite à leur sortie de QD, seulement 8 avaient déjà tenté de se mettre en danger au sein de leur cellule. En d'autres termes, on peut émettre l'hypothèse que le risque suicidaire augmente même une fois la peine d'isolement passée.

En étudiant la littérature 1983, Grassian s'était aperçu que les détenus développaient au QD une variété de symptômes que la plupart n'avaient jamais expérimentée auparavant. Il a alors émis l'hypothèse de l'existence d'un « Syndrome post-QD » (SHU syndrome en anglais), qu'il définit de la manière suivante : apparition de troubles affectifs et de troubles du cours et du contenu de la pensée ; difficulté de concentration et troubles de la mémoire ; problèmes de contrôle des impulsions, caractérisé par un comportement violent ou destructeur ou des actes d'automutilation ; émergence d'une hypersensibilité aux stimuli externes et distorsions de la perception avec hallucinations, paranoïa ou sensations de déréalisation fréquentes ; anxiété généralisée extrême et symptômes de trouble panique ; confusion ; parfois, amnésie de certains événements survenus pendant le confinement (13). De plus, il insiste sur

le caractère systématique de ce syndrome, puisque celui-ci pourrait toucher les sujets indemnes de troubles mentaux. Les travaux de Grassian sont par la suite devenus une référence quant à l'étude des répercussions de l'enfermement en QD sur la santé mentale. Les chercheurs ont tenté de comprendre les causes de l'émergence de symptômes psychiques, au-delà du simple fait de la décompensation d'un trouble préexistant qui serait aggravé en cellule.

Les études des conséquences de l'isolement social chez l'homme ont permis de porter l'emphase sur ses besoins d'échanges pour ajuster ses habilités sociales. C'est pourquoi l'isolement provoquerait un repli et le développement d'une crainte des interactions sociales. L'isolement provoquerait une apathie et une léthargie qui limite la prise d'initiative, ainsi qu'une sensation intolérable de colère et de frustration, qui engendrerait des comportements inadaptés et d'acting-out. L'auteur Craig Haney, a observé que l'isolement prolongé provoquerait chez l'individu une perte de capacité à organiser des projets, une tendance à l'isolation sociale, et à la frustration, ainsi qu'à l'énervement incontrôlé. Il emploie le terme de « mort sociale » (ou « Social death » en anglais), et porte l'hypothèse que le manque d'interactions sociales serait plus néfaste que le manque de stimulations sensorielles à l'isolement ou en QD (46). En d'autres termes, il provoquerait une désadaptation à la vie commune, et des problèmes de réinsertion au sein de la population générale à la sortie de l'isolement.

Au total, il existe des répercussions évidentes de l'isolement sur santé mentale des détenus, même sans antécédent psychiatrique. Ces réactions seraient variables selon les individus, et seraient influencées par les ressources internes de ceux-là, leur personnalité, la durée de l'isolement, la taille, la lumière, la couleur de l'environnement,

la possibilité de capter les sons, et la perception d'un isolement punitif par la personne (47). L'idée qui se dégage à présent de l'ensemble de notre travail, est que les troubles psychiatriques favorisent le placement à l'isolement ou en QD, et que le QD favorise l'apparition ou la décompensation de troubles psychiatriques, multiplie les risques de tentatives de suicide, et est un facteur de risque de surmortalité toutes causes confondues. Cela a pour conséquence une augmentation du nombre de placement en QD ou à l'isolement et une augmentation de leur durée.

La limitation de l'isolement ou du moins la prévention des risques de l'isolement sur la santé mentale pourrait permettre d'interrompre ce cercle vicieux. Nous allons réfléchir dans la prochaine partie aux différents moyens d'y parvenir.

B. Limiter l'isolement des détenus souffrant de troubles mentaux, limiter l'impact de l'isolement sur la santé mentale : une réflexion en amont, pendant et en aval du placement en QD

A la suite de ce que nous avons constaté dans l'ensemble de ce travail de thèse, nous allons maintenant réfléchir à quelques moyens de limiter le placement à l'isolement ou en QD des personnes souffrant de troubles psychiatriques et, dans le cas échéant, de prévenir la détérioration de leur état de santé au cours de l'isolement. Puis nous tenterons de penser à des solutions pour prévenir l'impact du QD sur la santé mentale une fois l'isolement terminé.

Des mesures de prévention primaire

Un des premiers axes d'action permettant de limiter le placement à l'isolement ou au QD des populations à risque pourrait être une amélioration de l'accès aux soins psychiatriques au sein des prisons. Si les détenus bénéficient systématiquement d'un examen psychiatrique ou psychologique à l'arrivée en détention - permettant d'identifier les patients présentant des troubles psychiatriques ou addictologiques - l'accès aux soins ambulatoires et hospitaliers est parfois entravé par les contraintes inhérentes au milieu pénitentiaire : créneaux de consultation limités en nombre et en durée, chevauchement de ces créneaux de consultation avec le travail, les parloirs et les autres activités possibles en détention, système de convocation et de prise de rendez-vous parfois défaillant, etc. L'accès à un professionnel de santé mentale est de plus particulièrement difficile en urgence, puisque les détenus ne peuvent se déplacer seuls au sein de la prison, et ne peuvent se rendre spontanément dans le service de soins en cas de besoin. Faciliter le recours aux soins, et en particulier aux soins d'urgence, pourrait donc permettre à certains patients de solliciter les professionnels de santé lors des moments de décompensation, de frustration, ou lors des sevrages, permettant ainsi de limiter l'évolution vers des symptômes plus bruyants.

Ensuite, l'éducation et la formation des personnels pénitentiaires sur la santé mentale est un outil indispensable pour limiter le placement en isolement ou au quartier disciplinaire. La sensibilisation des professionnels présents au contact direct avec les personnes détenues permettrait d'identifier certains symptômes, et de ne pas les méprendre avec de simples comportements de délinquance. La réponse initiale à ces

comportements pourrait alors être une sollicitation rapide des soignants afin de proposer une évaluation et une prise en charge psychiatrique adaptée. Cette sensibilisation pourrait également permettre de former le personnel pénitentiaire à des techniques de désescalade spécifiques plutôt que de mettre en place une répression systématique qui ne fera qu'entretenir, voir aggraver, les symptômes des détenus souffrant de troubles mentaux.

Une prise en charge à améliorer lors du placement en QD et à l'isolement

Néanmoins présenter un antécédent de trouble mental ne préserve pas des fraudes. Le placement en QD par un personnel de prison reste donc un évènement probable dans l'histoire de tout détenu, malade ou non. C'est pourquoi, il pourrait sembler judicieux de demander un avis expertal par un médecin, pendant la commission disciplinaire qui précède la mise en isolement, afin qu'il puisse donner un avis consultatif sur la capacité du détenu à supporter la mesure. Cela pourrait éventuellement permettre d'éclairer la décision du directeur d'établissement.

Même une fois placé en QD, il serait bénéfique de porter une attention particulière à la santé mentale des détenus. Nous avons retrouvé dans notre étude une large proportion de sujet placés en QD présentant un ou plusieurs troubles psychiatriques et/ou addictologiques, ce qui avait également été retrouvé dans les résultats de notre revue de la littérature. Pourtant, lors du placement en QD, l'accès aux soins des détenus est extrêmement limité, puisqu'ils ne peuvent bénéficier d'une consultation au sein de l'unité sanitaire comme les autres détenus, et doivent donc être vus directement au QD, soit dans leur cellule, soit dans une salle d'audience. Les

consultations psychiatriques ou psychologiques programmées sont donc bien souvent reportées, alors qu'il s'agit d'une période particulièrement propice à une dégradation de la santé mentale et où les soins addictologiques (prise en charge des sevrages en toxiques) sont essentiels. L'évaluation du risque suicidaire, bien souvent majoré en cas de placement en QD, semble également impérative. Dans cet objectif, une réflexion pourrait être menée sur la mise en place par les professionnels de santé mentale (IDE, psychologues ou psychiatres) de demi-journées de permanence au QD et au QI, avec des entretiens proposés à l'ensemble des patients isolés, afin à la fois de lutter contre l'isolement social, d'évaluer leur état clinique au moment et tout au long du placement, et de proposer une prise en charge adaptée aux troubles présentés.

Le placement à l'isolement à visée protectrice semble pour sa part être une solution d'urgence développée par l'administration pénitentiaire en cas de troubles psychiatriques sévères, chroniques et complexes, responsables d'une inadaptation à la population carcérale du fait de leur vulnérabilité ou de leur risque de passage à l'acte auto ou hétéro-agressif. De la même manière qu'au QD, l'accès aux soins est complexe au QI, avec seulement quelques créneaux de consultations dédiées en unité sanitaire, et une absence d'activités thérapeutiques dans la majorité des prisons. Là aussi, un système de permanence psychologique ou psychiatrique pourrait sans doute améliorer l'accès aux soins et la santé mentale de ces prisonniers. Le développement d'unités spécifiquement dédiées à ces détenus, où les conditions de détention seraient proches de celles du reste de la population carcérale, et où les équipes pénitentiaires seraient sensibilisées à la prise en charge des troubles psychiatriques, pourrait également être une piste d'amélioration. Cependant, le profil de certains détenus

isolés questionne de manière plus générale la responsabilité pénale des patients présentant des troubles psychiatriques sévères, et une amélioration de leur prise en charge ne pourra se faire sans une réflexion approfondie sur ce sujet.

Un retour progressif à la détention classique ?

Nous avons vu que le placement à l'isolement impacte les compétences sociales des détenus : plus l'isolement est long, plus le prisonnier se désadapte à la vie en communauté. De plus, le placement à l'isolement est souvent motivé par des difficultés dans les relations interpersonnelles, alors amplifiées par ce placement. C'est pourquoi il pourrait être opportun de proposer un retour progressif des prisonniers placés à l'isolement dans la population carcérale générale. Il s'agirait de proposer un temps de transition sécurisé entre l'isolement et la cellule habituelle du patient. On pourrait proposer d'exposer graduellement le détenu aux stimuli externes qui avaient été supprimés au cours de l'isolement de différentes façons : limiter initialement le temps passé en communauté et reprendre progressivement les activités, accompagner les détenus de pairs aidants, prévoir des dortoirs spécifiques, proposer une réhabilitation aux compétences sociales, et surtout majorer le suivi médical, qui semble fondamental au vu des résultats de notre travail.

En effet, il semble indispensable de proposer systématiquement une évaluation psychiatrique par des professionnels de santé spécialisés à la sortie de l'isolement, mais aussi du QD lorsqu'il s'étend sur une longue période ou lors de placements répétés. Nous portons une attention toute particulière à la surveillance du risque suicidaire post-QD, étant donné que nous avons observé à la prison de Lille-Annœullin

17 tentatives de suicide dont 1 décès par suicide survenues dans les suites du placement en QD, sur 9 mois de recueil de données. Cette surveillance permettrait, là encore, de proposer les soins adaptés à chacun, et de prévenir une décompensation psychiatrique ou un décès par suicide. Bien entendu, il en va de pair pour les soins somatiques, car le QD augmente la mortalité des détenus toutes causes confondues.

Nous évoquons là, à notre échelle et selon les constats qui émanent de nos recherches, autant d'idées pour améliorer l'état de santé des détenus avant, pendant et après leur mise en QD ou à l'isolement. Mais le QD et l'isolement font en fait l'objet de réformes à l'échelle nationale et internationale, en partie pour leurs effets délétères sur la santé, mais aussi parce qu'ils occasionnent un questionnement plus général sur leur efficacité et sur le respect des droits des détenus.

C. Ouvertures :

Prison dans la prison : une efficacité questionnée

L'introduction des mesures d'isolement sécuritaire a autorisé l'imposition par la justice pénale de mesures restrictives ou privatives de liberté, sur le fondement de la culpabilité sur la notion de dangerosité. C'est pourquoi un sujet menaçant peut être isolé à visée punitive, ce qui représente une double peine. Cela permettrait en théorie aux agents pénitentiaires de diminuer les difficultés de gestion des détenus, notamment en cas de surpopulation carcérale.

Cependant, aucune recherche n'a montré une efficacité du QD à prévenir la récurrence de troubles du comportement, à apaiser les détenus, à améliorer leur respect du règlement. La double peine vise à corriger un comportement par la sanction, instaurant un système de récompense et de punition, sans pour autant travailler sur la rectification des agissements des détenus qui y sont conscris. Néanmoins, les détenus sont des acteurs sociaux. Ils réagissent à la manière dont on se comporte avec eux. Dans son rapport du 28 juin 2000 à l'Assemblée Nationale, Jacques Floch soutient que la question du sens de la peine est absolument fondamentale pour le détenu. Selon lui, l'exemplarité du procès est primordiale pour que le détenu comprenne la sanction, que celle-ci ne soit pas perçue comme arbitraire, et qu'un condamné s'engage vraiment dans une réflexion sur le rapport à la loi (48). Ainsi, renforcer la répression peut se montrer contre-productif si cela amplifie un sentiment d'injustice ou un vécu punitif chez le détenu. Promouvoir plutôt des relations de confiance entre prisonniers et personnel permettrait d'atténuer les tensions et alors prévenir les événements indésirables.

Comme nous l'avons déjà démontré, les recherches tendent plutôt à montrer que le QD est un facteur de désadaptation sociale, favorisant alors les récurrences et les troubles du comportement, et est délétère chez les populations souffrant de maladie mentale. L'inefficacité de l'isolement quant à la protection du suicide est pour sa part actuellement une évidence.

Au-delà de la question de l'efficacité de la double peine, la simple peine de prison ne semble pas être toujours productive, au vu de l'augmentation croissante de la population carcérale. Aucune étude n'a démontré d'effet dissuasif de l'emprisonnement sur la délinquance, ni d'efficacité à prévenir la récidive. Au contraire certaines études démontrent que la prison favorise les fréquentations définies comme « déviantes », majore les difficultés d'insertion socio-professionnelles et accroît les difficultés conjugales. Ainsi, le risque de récidive est très élevé après une condamnation à de la prison ferme : 63 % des personnes condamnées à une peine de prison ferme sont recondamnées dans les cinq ans (49). Le ministère de la Justice lui-même soulevait en 2014 que « la récidive est toujours moindre après des sanctions non carcérales ». C'est la raison pour laquelle le Conseil de l'Europe préconise de privilégier les sanctions alternatives, c'est-à-dire le travail d'intérêt général, le sursis probatoire ou la détention à domicile sous surveillance électronique.

Un questionnement éthique

L'isolement d'un détenu (atteint de trouble mental ou non) dans une pièce fermée à clé, plus de vingt heures par jour, d'où il n'a pas la liberté de sortir, dans laquelle les soins prodigués sont fortement limités, dans le but de protéger d'autres personnes (ou lui-même) soulève des questionnements éthiques.

Comme indiqué précédemment, ce sont les officiers qui décident initialement d'isoler le détenu, d'après leur propre interprétation du danger qu'il représente. « Or aujourd'hui, s'il y a procès, il y a peine, et peine plus lourde encore pour les malades mentaux que pour les autres, parce que le sentiment de dangerosité est donné, en

particulier, aux jurés. » a dit Philippe Carrière, médecin psychiatre, membre de l'association des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire. Si cette citation fait référence aux préjugés présents dans les tribunaux, cette notion de dangerosité persiste après le jugement, auprès des personnels pénitentiaires, et influence leur conduite envers les détenus souffrant de troubles psychiatriques. Elle peut notamment favoriser ou motiver un placement à l'isolement ou au QD, puisqu'il s'agit d'une décision subjective, improvisée selon une situation donnée. Placés dans une situation de dépendance, les personnes détenues subissent toute décision qui les concerne, et sont bien souvent considérées de manière différente en fonction de leurs antécédents. C'est pourquoi la pratique d'isolement et de placement au QD peuvent être sources de dérives. Ces questions ont été abordées par certaines instances européennes. En effet, dans son rapport général de novembre 2011 au Gouvernement de la République française, le Comité de prévention de la torture (CPT) faisait déjà le constat que l'isolement disciplinaire ou de sécurité pouvait avoir des effets dommageables sur la santé mentale, somatique et le bien-être social des personnes qui y sont soumises, et que ces effets pouvaient être immédiats et croissant avec la durée de la mesure. Dès lors, ils soulevaient de potentiels questionnements au regard de l'interdiction de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants. Ils s'inquiétaient que l'existence du QD créait une opportunité de mauvais traitements volontaires des détenus. Dans ce contexte, le Comité affirmait la nécessité d'encadrer cette mesure, en s'assurant de réduire le recours à l'isolement au minimum absolu, et de faire en sorte que, lorsqu'il est mis en œuvre, ce soit pour la durée nécessaire la plus brève, de rendre chaque régime d'isolement le plus constructif possible et de garantir que des procédures soient en place afin que l'autorité y recourant soit tenue d'en rendre compte.

Ce questionnement n'est pas seulement éthique. Les lois française et européenne remettent également en question la légitimité des mesures d'isolement des détenus. Bien que pouvant favoriser l'homéostasie du milieu carcéral, l'isolement disciplinaire ou sécuritaire peut avoir des conséquences négatives sur l'autonomie, la dignité et la sûreté du détenu concerné. Ces principes fondamentaux sont pourtant protégés par les dispositions relatives aux droits et devoirs des personnes détenues, énoncées dans la loi pénitentiaire n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 (Articles 22 à 61). Cette loi énumère les préceptes suivants : « L'administration pénitentiaire garantit à toute personne détenue le respect de sa dignité et de ses droits. L'exercice de ceux-ci ne peut faire l'objet d'autres restrictions que celles résultant des contraintes inhérentes à la détention, du maintien de la sécurité et du bon ordre des établissements, de la prévention de la récidive et de la protection de l'intérêt des victimes. Ces restrictions tiennent compte de l'âge, de l'état de santé, du handicap et de la personnalité de la personne détenue. », « L'administration pénitentiaire doit assurer à chaque personne détenue une protection effective de son intégrité physique en tous lieux collectifs et individuels. » (50). Les règles pénitentiaires européennes, rédigées par le Comité des Ministres aux États membres, ajoutent : « Les locaux de détention et, en particulier, ceux qui sont destinés au logement des détenus pendant la nuit, doivent satisfaire aux exigences de respect de la dignité humaine et, dans la mesure du possible, de la vie privée, et répondre aux conditions minimales requises en matière de santé et d'hygiène, compte tenu des conditions climatiques, notamment en ce qui concerne l'espace au sol, le volume d'air, l'éclairage, le chauffage et l'aération. » (51). Néanmoins, nous avons vu que le QD ne respecte pas toujours tous les points énumérés dans ces textes, surtout le plan de la santé. Bien qu'il existe un cadre juridique contrôlant la durée de la peine de QD selon la faute commise par le

détenu, il n'existe pas de traduction consensuelle des textes de loi sous forme de bonnes pratiques. C'est peut-être pourquoi la double peine peut être sujette à des dérives, puisqu'il n'existe pas de déontologie pénitentiaire plus soucieuse des détenus. Hanley ajoutait que l'existence du QD participe à la « culture du préjudice » (« culture of harm » en anglais) chez le personnel correctionnel, en encourageant la propension de restriction abusive qui est inhérente à la prison. Selon lui, en amplifiant l'idéologie punitive qui règne en milieu carcéral par la création du QD, les mauvais traitements deviendraient presque inévitables, puisque les gardiens seraient implicitement incités à répondre et à réagir aux prisonniers par la punition, l'opposition, la force et la répression (52). On pourrait y voir une incitation politiquement acceptable à l'enfermement drastique de l'Homme par l'Homme, alors qu'il semblerait humainement questionnable au vu de ses répercussions.

L'enfermement contraint est d'ailleurs un sujet d'actualité, puisqu'en temps de pandémie de COVID-19 la population française en a souffert. Nous avons aujourd'hui suffisamment de recul pour nous rendre compte que le confinement a eu des conséquences dramatiques sur la santé mentale des français, et sur leur qualité de vie en générale (53,54). En observant les répercussions dramatiques sur la santé d'un enfermement contraint mais partiel, dans un climat globalement inquiétant mais dans le confort de sa maison, le gouvernement s'est efforcé d'assouplir ce dernier fil du temps. En contrepartie, on continue d'enfermer volontairement des détenus dans des cellules rudimentaires de 9m², en continu pendant plusieurs jours, dans un environnement générateur d'évènements stressants.

Des idées de réformes

En France, la durée maximale de la peine de QD a été réévaluée en 2010. Le Code de Procédure Pénale limite ce délai à 20 jours pour les fautes de premier degré, sauf 30 jours pour les violences physiques, comme nous l'avions déjà cité dans le premier chapitre.

En 2015, l'Assemblée générale des Nations Unies s'est alignée sur la loi française, et a voté l'adoption des Règles Standard Minimum pour le Traitement des Prisonniers (*Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners* en Anglais), autrement connues sous le nom de *The Nelson Mandela Rules* (55). Il y est rappelé que l'usage de l'isolement est soumis à une autorisation prévue par la loi ou par le règlement de l'autorité administrative compétente, mais que les administrations pénitentiaires sont encouragées à avoir recours, dans la mesure du possible, à la prévention des conflits, la médiation ou tout autre mécanisme de résolution des différends afin de prévenir les infractions disciplinaires. De plus, il y est stipulé que l'administration pénitentiaire doit prendre les mesures nécessaires pour atténuer les effets néfastes que peut avoir l'isolement sur les détenus mis à l'écart ou qui l'ont été et sur leur communauté, après leur libération. L'isolement cellulaire ne doit alors être utilisé qu'en dernier ressort dans des cas exceptionnels, pour une durée aussi brève que possible, sous contrôle indépendant, et uniquement avec l'autorisation d'une autorité compétente. Il ne doit pas être imposé du fait de la nature de la peine du détenu et ne doit pas durer plus de quinze jours consécutifs. Enfin, tenant compte des effets de l'isolement sur la santé des détenus, la résolution adoptée par l'Assemblée générale le 17 décembre 2015 explicite que le recours à l'isolement cellulaire devrait

être interdit pour les détenus souffrant d'une incapacité mentale ou physique lorsqu'il pourrait aggraver leur état.

En 2017, Hanet et al. proposent un ensemble de Recommandations pour diminuer la durée de l'isolement, améliorer la santé des détenus et favoriser la réhabilitation des prisonniers : (i) éliminer tout isolement cellulaire s'il n'est pas justifié par un comportement violent ; (ii) limiter les périodes d'isolement au temps nécessaire le plus bref, afin d'atteindre des objectifs correctionnels légitimes et immédiats, et réévaluer périodiquement la nécessité du maintien de l'isolement ; (iii) interdire le recours à l'isolement cellulaire pour les populations particulièrement vulnérables, y compris les jeunes, les malades mentaux, les personnes souffrant de troubles cognitifs, les femmes enceintes et les détenus âgés ou médicalement infirmes ; (iv) exiger un examen régulier des personnes en isolement cellulaire par une équipe multidisciplinaire comprenant du personnel correctionnel, médical et de santé mentale ainsi qu'un coordonnateur de la réinsertion et un défenseur ou représentant externe des détenus ; (v) offrir des services de transition spécialisés et « progressifs » aux détenus qui se préparent à être transférés hors de l'isolement cellulaire ; (vi) collaborer avec des experts et des chercheurs pour faire progresser les connaissances sur les coûts et les conséquences de l'isolement cellulaire de durées variables, et pour différentes populations, afin d'identifier les réformes de la prochaine génération (56).

Plus récemment, l'Observatoire International des Prisons (OIP) a soulevé la nécessité de réformer la prison Française, dans le sens des principes préconisés par le Conseil de l'Europe, et a mis en ligne un *projet de loi de programmation 2018-2022 pour la Justice* (57). Les membres de cette organisation invitent la représentation

nationale à porter dans le débat public certaines préconisations, qui pourraient aider à mieux respecter les droits fondamentaux des détenus. L'objectif de cette réforme serait de s'éloigner de la « logique archaïque de bannissement et de châtiment » qui régit les prisons de nos jours, en considérant entre autres les propositions suivantes :

- revoir le modèle de sécurité pénitentiaire, en passant d'une logique purement coercitive à une approche qualitative basée sur la médiation, la mobilisation des compétences des détenus et leur responsabilisation ;
- faire du régime « ouvert » de détention la norme, avec l'ouverture des portes des cellules en journée et la possibilité de circuler dans sa zone de détention ;
- repenser la journée de prison à partir d'un programme d'activités, d'éducation, de travail, de soins et de préparation à la sortie adapté à chaque détenu et élaborer avec lui en tenant compte de ses aspirations ;
- garantir aux détenus des moyens convenables de subsistance par leur intégration à l'ensemble des dispositifs de cohésion sociale (RSA, allocations chômage, etc.) ;
- confier la responsabilité de la prévention du suicide au ministère de la Santé ;
- supprimer la sanction de placement au quartier disciplinaire, hautement suicidogène et archaïque. Placer le confinement en cellule en sanction disciplinaire maximale et privilégier les approches de médiation et réparation.

Pour conclure, la question du quartier disciplinaire intéresse la lutte internationale pour le respect des droits et de la dignité humaine. Malgré ces débats, il n'est aujourd'hui pas question de supprimer la peine de QD en France. Quelques avancées simples ont permis une d'améliorer l'accès aux soins généraux des

personnes isolées. En effet, la liste des personnes détenues au quartier d'isolement et au quartier disciplinaire est communiquée quotidiennement aux équipes médicales. Conformément aux dispositions de l'article R. 57-7-31 du code de procédure pénale, les médecins généralistes visitent sur place chaque personne détenue au moins deux fois par semaine, et aussi souvent qu'ils l'estiment nécessaire. Si, entre ces visites, l'état de santé de la personne détenue est jugé préoccupant par le personnel pénitentiaire, celui-ci le signale à un médecin. La visite peut également être demandée par la personne détenue elle-même. Toutes les visites du médecin font l'objet d'une mention au dossier médical. La sollicitation des services psychiatriques se fait de la part soit par les médecins généralistes après leur visite, soit par l'administration pénitentiaire via un signalement, soit par le détenu lui-même. La loi prévoit également que chaque fois qu'il l'estime utile au regard de l'état de santé, le médecin adresse un avis à l'autorité pénitentiaire sur l'opportunité de mettre fin à la mesure d'isolement. Dans les faits, cet avis est néanmoins souvent peu pris en compte, ou peu utilisé par les médecins.

Limites de notre étude en France

Enfin, nous ne pouvons conclure ce travail avant d'énoncer les limites auxquelles notre étude épidémiologique transversale et rétrospective se heurte.

Il s'agit d'une étude observationnelle : aucune étude statistique n'a été réalisée afin d'exclure les facteurs de confusion qui pourraient biaiser le lien retrouvé entre antécédents psychiatriques et placement en QD.

Le caractère transversal de l'étude de nous a pas permis d'étudier la temporalité entre la mise en QD et l'émergence du risque suicidaire, ni une relation entre le temps passé en QD et l'augmentation du risque suicidaire.

Le caractère rétrospectif de l'étude provoque un biais de recueil, puisque la présence d'antécédents psychiatriques a été recherchée a posteriori, par étude du dossier arrivant et du dossier médical de consultation.

Nous n'avons pas inclus de groupe contrôle afin de mettre en évidence une relation entre antécédent psychiatrique et mise en quartier disciplinaire, ce qui réduit la force de notre travail.

Nous ne pouvons pas assurer la généralisation des résultats de notre étude à l'ensemble du territoire Français, tant les conditions d'incarcération et les populations de détenus varient d'un établissement à un autre. Néanmoins, nous pouvons supposer que le taux de maladie mentale au sein de la population source que nous avons étudiée avoisine celui de la population cible, soit l'ensemble des détenus emprisonnés sur le territoire français.

Au total, selon la classification établie par la Haute Autorité de Santé sur le niveau de preuves scientifiques apportées par la littérature, notre étude se classe parmi le grade C des recommandations avec un niveau 4 de preuve scientifique (Faible).

IV) CONCLUSION

L'état de santé des détenus est devenu une préoccupation de santé publique mondiale, face à la surpopulation carcérale sur l'ensemble des continents. Les études épidémiologiques internationales réalisées auprès des personnes détenues ont montré une surreprésentation des troubles mentaux au sein de la population carcérale, par rapport à la population générale. Néanmoins, l'adaptation des sujets malades à l'environnement stressant qu'est la prison reste largement incertaine. La question de l'influence des troubles psychiatriques sur le déroulement de la peine, et des conditions de détention sur l'aggravation ou l'apparition de symptômes psychiatriques reste encore débattue. La compréhension des liens entre maladie mentale et placement à l'isolement (sécuritaire ou disciplinaire), en particulier, fait partie des axes de recherche à approfondir.

Les deux études réalisées dans ce travail de thèse (revue systématique de la littérature, et étude épidémiologique transversale rétrospective au centre pénitentiaire de Lille-Annœullin) tendent à montrer un lien entre les antécédents de troubles mentaux et le risque de placement à l'isolement ou au quartier disciplinaire. Nos travaux mettent également en avant un risque plus élevé de développer un trouble psychiatrique, ou de majorer des symptômes psychiatriques préexistants, chez les détenus isolés au cours de leur peine. L'isolement, qu'il soit disciplinaire ou sécuritaire, augmenterait la morbidité et la mortalité toutes causes confondues, et serait de plus hautement suicidogène.

Ces conclusions nous ont poussé à mener une réflexion sur les axes de prévention pouvant permettre de limiter les placements au quartier disciplinaire, et

visant à renforcer la prise en charge psychiatrique lors de la peine d'isolement et après cet isolement. Parmi nos propositions, le repérage précoce des détenus à risque de présenter des troubles du comportement, le passage régulier de professionnels de santé mentale au quartier disciplinaire et au quartier isolement, et le renforcement du suivi psychologique après l'isolement, constituent de pistes d'amélioration importantes.

Néanmoins, l'isolement des personnes détenues soulève également un questionnement éthique, et renvoie à la question plus générale de la dignité des hommes et femmes incarcérés. Le recours à des alternatives au placement au quartier disciplinaire ou à l'isolement, l'amélioration de la réponse aux comportements violents ou « déviants » par la médiation, et la sensibilisation des personnels pénitentiaires à la reconnaissance des symptômes psychiatriques pourraient contribuer à un meilleur respect des droits des détenus, et de fait, à une diminution des facteurs de stress en milieu carcéral. L'amélioration de la santé mentale des prisonniers ne pourra se faire sans une amélioration des conditions de détention.

V) BIBLIOGRAPHIE

1. Base de données en ligne *World Prison Brief*, disponible sur <https://www.prisonstudies.org>.
2. *Les chiffres clé, Statistiques de la population détenue et écrouée*, disponible sur <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion>
3. Fazel S, Seewald K. Severe mental illness in 33 588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. *Br J Psychiatry*. mai 2012;200(5):364-73.
4. Baranyi G, Cassidy M, Fazel S, Priebe S, Mundt AP. Prevalence of Posttraumatic Stress Disorder in Prisoners. *Epidemiologic Reviews*. 1 juin 2018;40(1):134-45.
5. Fazel S, Yoon IA, Hayes AJ. Substance use disorders in prisoners: an updated systematic review and meta-regression analysis in recently incarcerated men and women: Substance use disorder in prisoners. *Addiction*. oct 2017;112(10):1725-39.
6. 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*. déc 2006;6(1):33.
7. 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: Prisoners on remand. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. juill 2000;102(1):19-25.

8. O'Keefe ML, Klebe KJ, Metzner J, Dvoskin J, Fellner J, Stucker A. A longitudinal study of administrative segregation. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2013;41(1):49-60.

9. Kaba F, Lewis A, Glowa-Kollisch S, Hadler J, Lee D, Alper H, et al. Solitary Confinement and Risk of Self-Harm Among Jail Inmates. *Am J Public Health*. mars 2014;104(3):442-7.

10. Reiter K, Ventura J, Lovell D, Augustine D, Barragan M, Blair T, et al. Psychological Distress in Solitary Confinement: Symptoms, Severity, and Prevalence in the United States, 2017–2018. *Am J Public Health*. janv 2020;110(S1):S56-62.

11. Favril L, Wittouck C, Audenaert K, Vander Laenen F. A 17-Year National Study of Prison Suicides in Belgium. *Crisis*. janv 2019;40(1):42-53.

12. Kaba F, Solimo A, Graves J, Glowa-Kollisch S, Vise A, MacDonald R, et al. Disparities in Mental Health Referral and Diagnosis in the New York City Jail Mental Health Service. *Am J Public Health*. sept 2015;105(9):1911-6.

13. Psychopathological effects of solitary confinement. *AJP*. nov 1983;140(11):1450-4.

14. Ryan AT, DeVylder J. Previously incarcerated individuals with psychotic symptoms are more likely to report a history of solitary confinement. *Psychiatry Research*. août 2020;290:113064.
15. Sestoft DM, Andersen HS, Lillebæk T, Gabrielsen G. Impact of Solitary Confinement on Hospitalization Among Danish Prisoners in Custody. *International Journal of Law and Psychiatry*. déc 1998;21(1):99-108.
16. Lovell D, Johnson C. Felony and Violent Recidivism Among Supermax Prison Inmates in Washington State: A Pilot Study. :27.
17. Stewart LA, Wilton G. Correctional outcomes of offenders with mental disorders. *Criminal Justice Studies*. 2 janv 2014;27(1):63-81.
18. Wildeman C, Andersen LH. Solitary confinement placement and post-release mortality risk among formerly incarcerated individuals: a population-based study. *The Lancet Public Health*. févr 2020;5(2):e107-13.
19. Labrecque RM, Smith P. Reducing Institutional Disorder: Using the Inmate Risk Assessment for Segregation Placement to Triage Treatment Services at the Front End of Prison Sentences. *Crime & Delinquency*. janv 2019;65(1):3-25.
20. Severson RE. Gender Differences in Mental Health, Institutional Misconduct, and Disciplinary Segregation. *Criminal Justice and Behavior*. déc 2019;46(12):1719-37.

21. Clark K. The Effect of Mental Illness on Segregation Following Institutional Misconduct. *Criminal Justice and Behavior*. sept 2018;45(9):1363-82.
22. Beck AJ. Use of Restrictive Housing in U.S. Prisons and Jails, 2011–12. 2015;24.
23. O'keefe ML. Administrative Segregation for Mentally Ill Inmates. *Journal of Offender Rehabilitation*. oct 2007;45(1-2):149-65.
24. O'Keefe ML. Administrative Segregation From Within: A Corrections Perspective. *The Prison Journal*. mars 2008;88(1):123-43.
25. Andersen HS, Sestoft D, Lillebeek T, Kramp P. Prevalence of ICD-IO Psychiatric Morbidity in Random Samples of Prisoners on Remand. :14.
26. Transitions Clinic Network, Hagan BO, Wang EA, Aminawung JA, Albizu-Garcia CE, Zaller N, et al. History of Solitary Confinement Is Associated with Post-Traumatic Stress Disorder Symptoms among Individuals Recently Released from Prison. *J Urban Health*. avr 2018;95(2):141-8.
27. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th Edition. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
28. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties

in Emotion Regulation Scale. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment. mars 2004;26(1):41-54.

29. Carpenter RW, Trull TJ. Components of Emotion Dysregulation in Borderline Personality Disorder: A Review. Curr Psychiatry Rep. janv 2013;15(1):335.

30. Selby EA, Anestis MD, Joiner TE. Understanding the relationship between emotional and behavioral dysregulation: Emotional cascades. Behaviour Research and Therapy. mai 2008;46(5):593-611.

31. Glenn CR, Klonsky ED. Emotion Dysregulation as a Core Feature of Borderline Personality Disorder. Journal of Personality Disorders. févr 2009;23(1):20-8.

32. Salsman NL, Linehan MM. An Investigation of the Relationships among Negative Affect, Difficulties in Emotion Regulation, and Features of Borderline Personality Disorder. J Psychopathol Behav Assess. juin 2012;34(2):260-7.

33. Chapman AL, Rosenthal MZ, Dixon-Gordon KL, Turner BJ, Kuppens P. Borderline Personality Disorder and the Effects of Instructed Emotional Avoidance or Acceptance in Daily Life. Journal of Personality Disorders. août 2017;31(4):483-502.

34. Sauer C, Sheppes G, Lackner HK, Arens EA, Tarrasch R, Barnow S. Emotion regulation choice in female patients with borderline personality disorder: Findings from self-reports and experimental measures. Psychiatry Research. août 2016;242:375-84.

35. Evenden JL, Ryan CN. The pharmacology of impulsive behaviour in rats VI: the effects of ethanol and selective serotonergic drugs on response choice with varying delays of reinforcement. *Psychopharmacology*. 21 oct 1999;146(4):413-21.
36. Sebastian A, Jacob G, Lieb K, Tüscher O. Impulsivity in Borderline Personality Disorder: A Matter of Disturbed Impulse Control or a Facet of Emotional Dysregulation? *Curr Psychiatry Rep*. févr 2013;15(2):339.
37. Mitchell SH. Measuring Impulsivity and Modeling Its Association With Cigarette Smoking. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*. déc 2004;3(4):261-75.
38. Olmstead MC. Animal models of drug addiction: Where do we go from here? *Quarterly Journal of Experimental Psychology*. avr 2006;59(4):625-53.
39. Fossati A, Barratt ES, Carretta I, Leonardi B, Grazioli F, Maffei C. Predicting borderline and antisocial personality disorder features in nonclinical subjects using measures of impulsivity and aggressiveness. *Psychiatry Research*. févr 2004;125(2):161-70.
40. Azevedo J, Vieira-Coelho M, Castelo-Branco M, Coelho R, Figueiredo-Braga M. Impulsive and premeditated aggression in male offenders with antisocial personality disorder. Dang Y, éditeur. *PLoS ONE*. 6 mars 2020;15(3):e0229876.

41. Fossati A, Barratt ES, Borroni S, Villa D, Grazioli F, Maffei C. Impulsivity, aggressiveness, and DSM-IV personality disorders. *Psychiatry Research*. janv 2007;149(1-3):157-67.
42. Mahmood ST, Tripodi SJ, Vaughn MG, Bender KA, Schwartz RD. Effects of Personality Disorder and Impulsivity on Emotional Adaptations in Prison Among Women Offenders. *Psychiatr Q*. déc 2012;83(4):467-80.
43. Perry JL, Carroll ME. The role of impulsive behavior in drug abuse. *Psychopharmacology*. sept 2008;200(1):1-26.
44. Coffey SF, Schumacher JA, Baschnagel JS, Hawk LW, Holloman G. Impulsivity and risk-taking in borderline personality disorder with and without substance use disorders. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. 2011;2(2):128-41.
45. McDonald J, Schleifer L, Richards JB, de Wit H. Effects of THC on Behavioral Measures of Impulsivity in Humans. *Neuropsychopharmacol*. juill 2003;28(7):1356-65.
46. Haney C. Restricting the Use of Solitary Confinement. *Annu Rev Criminol*. 13 janv 2018;1(1):285-310.
47. Arrigo BA, Bullock JL. The Psychological Effects of Solitary Confinement on Prisoners in Supermax Units: Reviewing What We Know and Recommending What Should Change. *Int J Offender Ther Comp Criminol*. déc 2008;52(6):622-40.

48. *Assemblée Nationale, Constitution du 4 Octobre 1958, Onzième Législature*, Rapport du 28 juin 2000, Rapporteur M. Jacques FLOCH, disponible sur https://www.assemblee-nationale.fr/rap-enq/r2521-1.asp#P1367_274872.
49. Annie Kensey, Abdelmalik Benaouda, Les risques de récidive des sortants de prison. Une nouvelle évaluation, Cahiers d'Études Pénitentiaires et Criminologiques, 2011.
50. Dispositions relatives aux droits et devoirs des personnes détenues, loi pénitentiaire n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 (Articles 22 à 61), disponibles sur le site legifrance.gouv.fr
51. Règles pénitentiaires européennes, Comité des Ministres aux États membres, disponibles sur le lien suivant : https://www.cds-cvt.be/fr/system/files/regles_penitentiaires_europeennes_fr.pdf.
52. Haney C. A Culture of Harm: Taming the Dynamics of Cruelty in Supermax Prisons. *Criminal Justice and Behavior*. août 2008;35(8):956-84.
53. Husky MM, Kovess-Masfety V, Swendsen JD. Stress and anxiety among university students in France during Covid-19 mandatory confinement. *Comprehensive Psychiatry*. oct 2020;102:152191.

54. Mengin A, Allé MC, Rolling J, Ligier F, Schroder C, Lalanne L, et al. Conséquences psychopathologiques du confinement. *L'Encéphale*. juin 2020;46(3):S43-52.
55. Ensemble de règles minima des Nations Unies pour le traitement des détenus (Règles Nelson Mandela) disponible sur le site <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N15/443/42/PDF/N1544342.pdf?OpenElement>.
56. Ahalt C, Haney C, Rios S, Fox MP, Farabee D, Williams B. Reducing the use and impact of solitary confinement in corrections. *Int J Prison Health*. 13 2017;13(1):41-8.
57. LOI n° 2019-222 du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice. Accessible sur legifrance.gouv.fr.

Annexe : Courrier d'information adressé aux détenus ayant été placés au quartier disciplinaire de Lille-Annœullin de mai 2020 à janvier 2021



**LETTRE D'INFORMATION DESTINEE AUX PATIENTS
POUR PARTICIPATION A UNE RECHERCHE RETROSPECTIVE SUR DONNEES**

Étude de l'état de santé des détenus placés au quartier disciplinaire au centre pénitentiaire d'Annœullin

Promoteur : CHU de Lille, Pôle de psychiatrie en milieu pénitentiaire,
SMPR de Lille-Annœullin, Canton du Pommier, 59112 Annœullin

Investigateur coordonnateur : (BELET Bettina, bettina.belet@chru-lille.fr)

Monsieur,

Le présent document décrit l'étude à laquelle il vous est proposé de participer.

Objectifs de la recherche

L'objectif est d'étudier l'état de santé mentale de la population de personnes ayant été placés au quartier disciplinaire du centre pénitentiaire de Lille-Annœullin du 01/05/2020 au 31/01/2021.

Déroulement de la recherche

**Le protocole de recherche ne comprend pas de rencontre entre le patient et le chercheur.
Il consiste uniquement en l'étude des dossiers médicaux des patients.**

Les données des dossiers médicaux des patients ayant été placés au quartier disciplinaire du centre pénitentiaire de Lille-Annœullin seront codées sans mention du nom et prénom puis analysées par des professionnels qualifiés.

Que se passera-t-il à la fin de ma participation à cette recherche ?

Il n'y aura aucun changement dans votre prise en charge.

Les résultats de l'étude seront publiés dans le cadre d'une thèse de médecine, ils pourront également faire l'objet d'une publication ou d'une présentation lors d'un congrès. Cependant vos données ne seront aucunement identifiables car elles auront été rendues préalablement totalement anonymes.

La recherche comporte-t-elle des risques, des effets indésirables et/ou des contraintes particulières ?

La recherche ne consistant qu'en l'étude des dossiers médicaux de façon strictement anonymisée, aucune contrainte n'a été identifiée pour les participants à l'étude.

**Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche sans avoir à vous justifier.
Pour vous opposer à l'utilisation de vos données il vous suffit simplement de le signifier par courrier interne adressé soit au dispositif de soins psychiatriques de l'établissement soit directement au Dr BELET Bettina.**

Par ailleurs, vous pourrez obtenir, au cours ou à l'issue de la recherche, communication de vos données de santé détenues par votre médecin.

Vous avez également le droit de déposer une plainte auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) si vous estimez que le traitement de vos données personnelles est réalisé en violation de vos droits.

Si vous le souhaitez, vous obtiendrez communication des résultats globaux de l'étude à la fin de celle-ci ;

Vous n'aurez à supporter aucune charge financière supplémentaire du fait de votre participation à cette étude.

Vous pouvez poser toutes les questions que vous souhaitez, avant, pendant et après l'étude en vous adressant à :

- BELET Bettina, psychiatre, bettina.belet@chru-lille.fr

AUTEUR : Nom : ARNAUD

Prénom : ANNA

Date de soutenance : 22 Septembre 2021

**Titre de la thèse : Des troubles psychiatriques à la mise en Quartier Disciplinaire :
*quand la peine d'isolement aggrave les peines***

Thèse - Médecine - Lille 2021

Cadre de classement : Psychiatrie

DES + spécialité : Psychiatrie

Mots-clés : Psychiatrie clinique, quartier disciplinaire, prison

Résumé :

Introduction : La surreprésentation des troubles psychiatriques en population carcérale est largement documentée dans la littérature internationale. Pourtant, l'influence de la détention sur l'apparition ou l'évolution des troubles, et l'influence de ces troubles sur le déroulement de la peine restent incertaines. En particulier, les liens entre l'isolement (sécuritaire ou disciplinaire) et la santé mentale des détenus sont insuffisamment explorés.

Matériels : Nous avons réalisé deux études visant à explorer les liens entre isolement et troubles psychiatriques. (1) Une revue systématique de la littérature, réalisée en octobre 2020, à partir de publications issues de la base de données PubMed, grâce à l'équation de recherche suivante : ("mental disorders" OR "psychiatric disorders" OR "mental illness") AND ("restrictive housing" OR "solitary confinement" OR "administrative segregation" OR "seclusion" OR "disciplinary segregation" OR "supermax"). (2) Une étude transversale rétrospective évaluant les antécédents psychiatriques et addictologiques des détenus placés au quartier disciplinaire du centre pénitentiaire d'Annoëullin de mai 2020 à janvier 2021, ainsi que les passages à l'acte auto-agressif dans les 3 mois suivant le placement.

Résultats : (1) 18 études ont été retenues selon nos critères d'inclusion. 9 études retrouvaient une association significative entre antécédents psychiatriques ou addictologiques et placement à l'isolement. 6 études rapportaient une augmentation significative du risque de présenter des symptômes psychiatriques ou d'être hospitalisé en psychiatrie après un placement à l'isolement. 2 études rapportaient une augmentation significative de la mortalité de cause non naturelle après un placement à l'isolement. (2) 143 détenus ont été placés au quartier disciplinaire de mai 2020 à janvier 2021. 54% avaient au moins un antécédent psychiatrique et 66% au moins un antécédent addictologique. Les antécédents psychiatriques les plus fréquents étaient les troubles de la personnalité état-limite et dyssociale (17% et 7%) et les troubles psychotiques (12%). 8% ont réalisé un passage à l'acte auto-agressif au quartier disciplinaire et 12% dans les 3 mois suivant.

Conclusion : Une amélioration de la prise en charge des détenus est nécessaire au cours, mais également après le placement à l'isolement (disciplinaire ou sécuritaire). Une réflexion générale sur les conditions d'isolement et les stratégies pour le prévenir, est également impérative.

Composition du Jury :

Président : Professeur Pierre THOMAS

Assesseur : Docteur Alice DEMESMAEKER

Directeur de thèse : Docteur Bettina BELET