



UNIVERSITÉ DE LILLE

FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2022

MÉMOIRE DE RECHERCHER POUR LE DIPLÔME
D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**ISOLEMENT DISCIPLINAIRE ET RISQUE SUICIDAIRE : UNE ETUDE
RETROSPECTIVE AU CENTRE PENITENTIAIRE DE LILLE-
ANNOEULLIN**

Présentée et soutenue publiquement le 26 Septembre 2022 au Pôle
Formation
par **Anna ARNAUD**

Directrice de mémoire : Madame le Docteur Bettina BELET
Avec l'aide méthodologique de la F2RSM

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
CATTP	Centres d'Activités Thérapeutiques à Temps Partiel
CH	Centre Hospitalier
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CI	Intervalle de Confiance
CIM-10	Classification Internationale des Maladies, 10 ^{ème} édition
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
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4 ^{ème} édition (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux)
DSP	Dispositifs de Soins Psychiatrique
EPSM	Établissement Public de Santé Mentale
HDJ	Hôpital de Jours
HR	Hazard Ratio
IMV	Ingestion Médicamenteuse Volontaire
OR	Odd Ration
PAA	Passage à l'acte
SDRE	Soin à la Demande d'un Représentant de l'État
SPIP	Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation
SMPR	Services Médico-Psychologiques Régionaux
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
QPR	Quartier de Prévention de la Radicalisation
RR	Risque Relatif
SL	Soins Libre
TSPT	trouble de stress post-traumatique

TABLE DES MATIÈRES

ABREVIATIONS

I) INTRODUCTION	6
A. Densité carcérale mondiale et en France	6
B. Épidémiologie carcérale mondiale et en France	6
C. Description du quartier disciplinaire	7
D. Quartier Disciplinaire et santé mentale	8
E. Cas clinique	9
II) Matériels et Méthodes	12
III) Résultats	14
A. Caractéristiques de l'échantillon	14
Caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon	15
Troubles psychiatriques et addictologiques de l'échantillon	15
Placements au quartier disciplinaire	15
Passages à l'acte suicidaires chez les sujets placés au quartier disciplinaire	16
Passages à l'acte suicidaires chez les sujets en régime classique de détention	16
B. Comparaison des deux groupes : analyses statistiques bivariées et multivariées	17
Comparaison des caractéristiques socio-démographiques des sujets des deux groupes	17
Comparaison des caractéristiques psychiatriques et addictologiques des sujets des deux groupes	17
Comparaison des passages à l'acte suicidaires des sujets des deux groupes	17
Facteurs associés aux passages à l'acte suicidaires en détention	18
IV) DISCUSSION	21
A. Troubles mentaux et QD : la non-exception française	21
Santé mentale des personnes détenues	21
Risque suicidaire en détention : confirmation d'un constat préexistant	23
Lien entre risque suicidaire et QD : résultats concluants pour notre hypothèse principale	24
B. Le QD et des troubles mentaux : comprendre l'impasse	25
Une population plus à risque d'isolement disciplinaire	25
Un environnement suicidogène	26
C. Limiter les conséquences de l'isolement sur les détenus à risque : une réflexion en amont, pendant et en aval du placement en QD	28
Des mesures de prévention primaire	28
Une prise en charge à améliorer lors du placement en QD	29
Le QD : et après ?	30
Risque suicidaire en détention : des mesures de prévention à améliorer	30

D. Ouverture : QD et suicide, la nécessaire prise de conscience pénitentiaire	31
Les réformes pénitentiaires visant à garantir la sécurité en isolement disciplinaire	31
Prison dans la prison : la sécurité du groupe au détriment de celle de l'individu	33
E. Limites de l'étude :	35
V) CONCLUSION	36
BIBLIOGRAPHIE	
ANNEXES	

D) INTRODUCTION

A. 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. 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 %. On compte aujourd'hui plus de 11 millions de prisonniers dans le monde. L'Europe est l'unique continent qui a vu sa population carcérale totale baisser durant cette période. (1)

Pourtant, la France déroge à cette règle, avec une augmentation constante de sa population carcérale depuis le début des années 2000 jusqu'à aujourd'hui. 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} mai 2022, avec plus de 86 855 personnes écrouées, dont 71 038 détenus (2). 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 (3). Cette explosion de la densité carcérale s'est accompagnée en France d'une augmentation du nombre de détenus souffrant de troubles psychiatriques.

B. Épidémiologie carcérale mondiale et en France

La prévalence des troubles psychiatriques et addictologiques chez les personnes détenues constitue une problématique majeure de santé publique. Les études scientifiques internationales mettent en évidence une surreprésentation de l'ensemble des troubles psychiatriques et addictologiques chez les personnes incarcérées, en comparaison à la population générale. Parmi ces études, les méta-analyses de référence sont celles menées par Seena Fazel (4). 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. 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 (4). 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 (5) . La prévalence de l'ensemble des troubles de l'usage de substance est évaluée à 24% (6).

Cette surreprésentation ne fait pas exception en France. Une étude récente réalisée auprès d'entrants en détention a démontré qu'1 détenu sur 7 présentait au moins un trouble psychiatrique, avec des prévalences supérieures à la population générale pour l'ensemble des troubles explorés par l'étude (épisode dépressif, troubles psychotiques, trouble bipolaire,

troubles anxieux et trouble de stress post-traumatique), et qu'1 détenu sur 4 présentait une dépendance à l'alcool ou aux drogues (7). Une des conséquences directes de cette forte morbidité des troubles psychiatriques est le risque de décès par suicide, qui est 6 à 9 fois plus élevé chez les prisonniers français que dans la population générale, et qui compte parmi les plus élevés d'Europe (8), avec plus de 120 décès par suicide en 2021 (9) Ce taux reste stable depuis plusieurs années, et ce malgré la mise en place en 2009 par le Ministère de la Justice d'un plan de prévention du suicide en détention (10) .

La multiplication du nombre de détenus souffrant de troubles psychiatriques sévères dès l'arrivée en détention et l'importance de leur risque suicidaire interroge sur les conditions d'incarcération proposées à ces patients, et sur l'influence que pourrait avoir la présence de ces troubles sur le déroulement de la peine. Certains facteurs liés à l'incarcération comme l'encellulement seul, l'isolement social, le statut de prévenu, le fait d'avoir été condamné pour un crime violent ont été identifiés comme facteurs de risque suicidaire (11). L'isolement sécuritaire ou disciplinaire fait partie de ces facteurs (12).

C. 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 placés au QD 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'appels téléphoniques 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.

D. Quartier Disciplinaire et santé mentale

Comme nous l'avons dit plus haut, l'isolement sécuritaire ou disciplinaire fait partie des facteurs de risque de passage à l'acte suicidaire en détention. Une méta-analyse récente a en effet estimé que le risque de passage à l'acte suicidaire était 5 fois plus important chez les détenus ayant des antécédents de placement au quartier disciplinaire (13). Nous avons réalisé, lors d'un travail de thèse de médecine, une revue de la littérature qui montrait : une augmentation du risque de développer un trouble ou des symptômes psychiatriques après un placement à l'isolement ; une augmentation du risque de développer des troubles psychiatriques d'autant plus en cas d'antécédents ; une augmentation du risque suicidaire chez les détenus qui ont été placés en isolement; une augmentation de la mortalité de cause naturelle et non naturelle ;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 ; une augmentation significative du Risque Relatif d'être hospitalisé en psychiatrie lorsque la durée d'isolement augmente, en comparaison aux détenus non isolés ; et un risque d'isolement plus élevé chez les détenus présentant des antécédents psychiatriques. (14). L'ensemble de ces résultats s'appuient néanmoins sur des études réalisées majoritairement aux États-Unis et dans les pays du Nord de l'Europe, où les conditions de détention sont très différentes des prisons françaises, rendant complexe la généralisation de ces résultats.

En France, l'étude publiée en 2013 par Duthé et al., confirmait les résultats déjà mis en évidence à l'internationale (15). L'analyse de 353 suicides survenus en détention démontrait que le placement au quartier disciplinaire entraînait 15,3 fois plus de risque de décès par suicide. Cependant, cette étude était réalisée à partir de données de l'administration pénitentiaire, et ne détaillait pas les caractéristiques psychiatriques et addictologiques des sujets observés. De plus, le taux de suicide dans les prisons françaises a diminué depuis 2009, du fait de la mise en place de mesures de prévention du suicide par l'administration pénitentiaire. A travers notre travail, nous avons souhaité compléter les données sur les liens entre isolement disciplinaire, troubles psychiatriques et risque suicidaire dans les prisons françaises.

Nous avons entamé notre recherche sur les conséquences de l'isolement sur la santé mentale et sur le risque suicidaire avec 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. Cette étude montrait qu'une large proportion des sujets placés 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. (14)

E. Cas clinique

Nous allons ici exposer le cas de ce détenu décédé au QD du centre Pénitentiaire de Lille Annœullin pour illustrer ce travail de recherche.

Monsieur D, âgé de 36 ans avait pour antécédents médicaux-chirurgicaux une fracture de la cloison nasale et un hématome intracrânien post-traumatique ayant provoqué des crises convulsives pendant son enfance. Sur le plan psychiatrique, le patient avait été diagnostiqué au cours de son incarcération d'un syndrome dépressif ainsi que d'un trouble de la personnalité de type antisocial et état limite. Des diagnostics de « trouble oppositionnel » et de « trouble des conduites » avaient été évoqués dans l'enfance. Le patient avait plusieurs antécédents de tentatives de suicide, réalisées au cours de l'incarcération. Il avait été hospitalisé à une seule reprise en hôpital psychiatrique de secteur, à quatre reprises à l'UHSA de Seclin au cours des années 2019 et 2020, et à deux reprises au SMPR de Lille-Annœullin en 2020. Sur le plan addictologique, le patient présentait une dépendance au tabac et à l'alcool, avec des périodes d'abstinence en détention et un usage nocif de cannabis. Concernant les antécédents familiaux, la mère du patient souffrait également d'un trouble dépressif.

Monsieur D était en concubinage à l'arrivée en détention, et sa compagne a accouché de leur fille en détention en 2019. Il gardait quelques contacts avec ses parents, et avec deux de ses 8

frères et sœurs. Il avait été placé en foyer entre l'âge de 12 ans et 14 ans, et avait arrêté sa scolarité en classe de 3^{ème}. Son dossier médical relatait des violences physiques subies dans l'enfance.

Monsieur D était incarcéré depuis juin 2019. Il avait initialement été écroué dans le même Centre Pénitentiaire que sa compagne, à Bapaume, et avait ensuite été transféré en avril 2020 au centre Pénitentiaire de Lille-Annœullin suite à une altercation physique avec un surveillant pénitentiaire. Il ne s'agissait pas de sa première incarcération, puisque ce dernier avait déjà été incarcéré en 2010.

Le patient a rencontré un professionnel de santé mentale, pour la première fois en détention, en janvier 2014. Il était alors incarcéré depuis 4 ans. Monsieur D avait été signalé par les surveillants pénitentiaire à sa demande, lors d'une peine de 7 jours de QD qui avait été motivée par la détention d'un téléphone portable. Le détenu, en demande de verbalisation, avait alors rencontré un psychiatre, qui notait l'absence d'antécédent de tentative de suicide chez le détenu. En juin 2014, lors d'une peine de 15 jours de QD, le patient avait de nouveau demandé à être vu par l'équipe de psychiatrie du SMPR. Il avait alors été signalé à quatre reprises lors de cette deuxième peine de QD, et avait été évalué par l'équipe infirmière de liaison ou par un psychiatre à chaque fois.

En mai 2020, lors de son transfert au centre pénitentiaire de Lille-Annœullin, Monsieur D a immédiatement été repris en charge par les équipes de psychiatrie du SMPR. A la fois parce que ce dernier avait été hospitalisé à l'UHSA et qu'il était nécessaire de surveiller son état de santé mentale et de réévaluer son traitement ; mais aussi parce que le patient avait réalisé plusieurs demandes de signalement auprès des surveillants pénitentiaire. Chaque signalement réalisé à cette période avait motivé une évaluation psychiatrique en bâtiment, et les spécialistes de santé mentale retrouvaient une tristesse de l'humeur réactionnelle causée par la séparation avec sa fille et sa compagne, sans idées suicidaires. Un suivi psychiatrique régulier a été débuté le 28 mai 2020. Face à la persistance d'une tristesse depuis l'arrivée en détention, et à la demande du détenu, une hospitalisation de journée au SMPR de Lille-Annœullin a été organisée, du 3 juin 2020 au 22 juin 2020. L'ordonnance de sortie de Monsieur D comportait un traitement antidépresseur par SERTRALINE, ainsi qu'un traitement par OLANZAPINE qui avait été instauré à l'UHSA à visée anti impulsive.

Le 2 juillet 2020, dix jours après sa sortie d'HDJ, le patient avait déjà réalisé une demande de signalement, afin de rencontrer son psychiatre. Il refusait alors de rencontrer l'équipe infirmière de liaison. Il a bénéficié d'une consultation au DSP avec son médecin psychiatre le 6 juillet 2020, qui constatait la stabilité thymique et une absence d'idée suicidaire. Il présentait une recrudescence anxieuse au premier plan, causée par l'éloignement de sa compagne et de sa fille depuis son transfert d'établissement, et par l'approche de la date butoire pour la reconnaissance paternelle de son enfant (le détenu avait effectué une demande au juge des affaires familiales de reconnaissance de paternité tardive). Le traitement antidépresseur du détenu a alors été majoré, et une orientation vers le CATTP a été réalisée, afin de répondre aux besoins d'accompagnement rapproché du détenu. Malgré cette proposition thérapeutique, le patient n'a

pas honoré ses rendez-vous avec les soignants du CATTP, et a réalisé de multiples demandes de signalement afin de rencontrer son médecin psychiatre en bâtiment, et en refusant les entretiens avec l'équipe infirmière d'urgence liaison. Au cours des mois de juillet, août et septembre 2020, le patient a été signalé 9 fois (pour grève de la faim, tristesse, demande de verbalisation), et ne s'est pas rendu à 2 consultations programmées au DSP avec son psychiatre. Chaque signalement avait fait l'objet d'un déplacement de l'équipe d'urgence liaison en bâtiment. Au cours de cette même période, Monsieur D a réalisé une peine de 19 jours de QD. Afin d'assurer une régularité dans les soins, un suivi hebdomadaire avec une psychologue au DSP a été mis en place à partir du 17 septembre 2020. Le patient honorait ses rendez-vous.

Le patient a réalisé un passage à l'acte suicidaire par feu de cellule le 7 octobre 2020, après avoir été privé de promenade pour s'être mis en colère en détention. Il avait été réévalué le 8 octobre par sa psychologue et le 12 octobre par son médecin psychiatre. Le patient critiquait alors son geste, qu'il qualifiait d'impulsif. Mais face à sa difficulté d'adhésion aux soins ambulatoires, aux multiples sollicitations en bâtiment, et au risque de récurrence de passage à l'acte auto-agressif lors des périodes de recrudescence anxieuse, le patient avait été inscrit sur liste d'attente pour une hospitalisation en HDJ. Le lendemain, le 14 octobre, après avoir réalisé un nouveau passage à l'acte par phlébotomie (suite à un refus d'accès au téléphone par le personnel pénitentiaire), le détenu a été placé en Cellule de Protection d'Urgence (CProU) pour la nuit, à sa demande. Une évaluation psychiatrique a conduit à l'arrêt de cette mesure le lendemain. Il a été placé une seconde fois en CProU dans la nuit du 19 octobre au 20 octobre, toujours à sa demande, car il « se sentait fragile psychologiquement et demandait une hospitalisation en psychiatrie ». Après un entretien avec son médecin psychiatre le 26 octobre 2020, l'hospitalisation en HDJ a été avancée, et le patient a été pris en soins à l'HDJ du 27 octobre au 13 novembre 2020.

Suite à cette seconde hospitalisation, la fréquence des signalements en bâtiment par le patient s'est faite plus rare, et un suivi hebdomadaire avec sa psychologue (dernière consultation le 22 décembre 2021) et toutes les trois semaines avec son psychiatre a été instauré (dernière consultation le 28 décembre 2020). Il a également accepté un accompagnement hebdomadaire par l'équipe du CATTP (dernière séance d'activité le 8 janvier 2021), qu'il avait enfin rencontré au cours de son hospitalisation.

Suite à un passage à l'acte en détention par feu de cellule, Monsieur D a été placé au QD le 9 janvier 2021. A la suite de ce placement en cellule d'isolement disciplinaire, le détenu a réalisé un nouveau geste suicidaire par pendaison le 10 janvier 2021. Le patient n'a pas pu être réanimé et est décédé le jour même.

Cette décision de placement en QD motivé par un passage à l'acte interpelle. Monsieur D présentait des fragilités psychiatriques connues, que nous venons de décrire. Les recrudescences anxieuses et les impulsions de passage à l'acte qu'il avait présentées en détention avaient été provoquées par des besoins de rapprochement familial (appels téléphoniques, demande de reconnaissance de paternité, demandes d'accès aux parloirs). L'isolement disciplinaire est allé à l'encontre des demandes du patient, en rendant impossible toute forme de communication

avec l'extérieur, et en limitant l'accès aux soins. Cela a probablement facilité la réalisation d'un passage à l'acte plus précoce, et plus grave.

Ainsi, nous avons réuni assez de constats laissant penser qu'il pourrait exister un lien entre risque suicidaire et placement au QD. L'identification d'un tel lien permettrait d'améliorer les connaissances sur les facteurs de risque suicidaire spécifiques aux conditions de détention françaises, et ainsi faciliterait la mise en place d'outils de prévention du suicide en incarcération, aiderait à l'améliorer du repérage des détenus particulièrement à risque, et encouragerait le développement d'outils de prise en charge spécifiques, en fonction – entre autres – des facteurs liés à l'incarcération. C'est pour cette raison que nous avons réalisé une étude dans le Nord de la France, portant sur l'ensemble des détenus ayant été incarcérés au cours de l'année 2021 au centre pénitentiaire de Lille-Annœullin.

II) Matériels et Méthodes

Il s'agit d'une étude observationnelle, analytique, transversale, rétrospective, monocentrique.

L'objectif principal est d'évaluer si le placement au quartier disciplinaire est associé à une augmentation du risque de passage à l'acte suicidaire au moment du placement au QD, et dans les 6 mois suivant ce placement, chez les détenus écroués au centre pénitentiaire de Lille-Annœullin au cours de l'année 2021.

Les objectifs secondaires sont :

- Décrire les caractéristiques sociodémographiques, psychiatriques et addictologiques des détenus placés au quartier disciplinaire de Lille-Annœullin
- Comparer les caractéristiques sociodémographiques, psychiatriques et addictologiques des détenus placés au quartier disciplinaire de Lille-Annœullin à celles des détenus non placés au quartier disciplinaire de Lille-Annœullin
- Évaluer l'association entre antécédents psychiatriques ou addictologiques et placement au quartier disciplinaire
- Identifier d'éventuels facteurs de risque sociodémographiques, psychiatriques ou addictologiques de placement au quartier disciplinaire
- Évaluer l'association entre placement au quartier disciplinaire et risque suicidaire à 1 mois, 3 mois et 6 mois suivant le placement
- Évaluer l'association entre placement au quartier disciplinaire et risque de décès par suicide

Afin de répondre à l'objectif principal, deux groupes ont été constitués :

- Un groupe composé des détenus ayant été écroués au centre pénitentiaire de Lille-Annœullin entre le 1^{er} janvier 2021 et le 31 décembre 2021, et ayant été placés au quartier disciplinaire au cours de cette période.

- Un groupe contrôle, composé des détenus ayant été écroués au centre pénitentiaire de Lille-Annœullin entre le 1^{er} janvier 2021 et le 31 décembre 2021, et n'ayant pas été placés au quartier disciplinaire au cours de cette période.

Le critère principal était la survenue d'un passage à l'acte suicidaire. L'association avec un placement au quartier disciplinaire et risque suicidaire a été estimée par comparaison entre les deux groupes.

Les données analysées ont été extraites des dossiers médicaux des patients :

- Le sexe et l'âge
- La situation familiale (situation maritale, nombre d'enfants, étayage familial) et le statut professionnel avant l'incarcération
- Les antécédents psychiatriques et/ou addictologiques antérieurs à l'incarcération
- Les antécédents de passages à l'acte suicidaires antérieurs à l'incarcération
- La présence d'un suivi psychiatrique en détention et le ou les diagnostics psychiatriques et addictologiques retenus par le psychiatre référent
- La survenue d'un passage à l'acte suicidaire au cours de l'incarcération, la date de ce ou ces passages à l'acte et le lieu dans lequel a eu lieu ce passage à l'acte (quartier disciplinaire ou détention « classique »)
- La survenue d'un décès par suicide au cours de l'année 2021
- La survenue d'un placement au quartier disciplinaire au cours de l'année 2021
- Le bâtiment d'hébergement en détention (centre de détention ou maison d'arrêt)

Les données ont entièrement été codées avant la réalisation des analyses statistiques. L'ensemble des détenus concernés par l'étude ont reçu une lettre d'information (Annexe 1) comportant les objectifs de l'étude, les données concernées, et une explication concernant leurs droits (moyens de s'opposer à l'utilisation de leurs données, droits de modification, de consultation ou de suppression des données, adresse de la CNIL pour toute information supplémentaire).

La population de l'étude était constituée de l'ensemble des détenus écroués au centre pénitentiaire de Lille- Annœullin du 1^{er} janvier 2021 au 31 décembre 2021.

Les critères d'inclusion étaient :

- Age supérieur à 18 ans
- Sexe masculin
- Avoir été écroué au centre pénitentiaire de Lille-Annœullin du 1^{er} janvier 2021 au 31 décembre 2021, ce qui regroupe deux situations : avoir été incarcéré au centre pénitentiaire de Lille-Annœullin avant janvier 2021 et y être toujours incarcéré au 1^{er} janvier 2021 ; ou avoir été incarcéré au centre pénitentiaire de Lille-Annœullin du 1^{er} janvier 2021 au 31 décembre 2021.

Les critères d'exclusion étaient :

- Refus de participer à l'étude
- Être incarcéré au sein du Quartier de Prévention de la Radicalisation (QPR) du centre

pénitentiaire de Lille-Annœullin pendant la période d'inclusion

Les détenus incarcérés au QPR de Lille-Annœullin ne disposent pas des mêmes conditions de détention que le reste de la population carcérale (encellulement seul obligatoire, interdiction de contact avec le reste de la détention, personnel pénitentiaire spécialement fléché pour ce quartier, activités spécifiques etc.). Le QPR dispose de plus de son propre quartier disciplinaire, dont l'utilisation n'est pas systématiquement communiquée à l'unité sanitaire. Les détenus incarcérés au QPR constituent donc un sous-groupe spécifique dont l'inclusion dans notre étude pourrait conduire à un biais.

Les traitements statistiques ont été réalisés par la Fédération Régional de Recherche en Santé Mentale des Hauts de France, à l'aide des logiciels R (version 4.0.5) et Excel (Microsoft®).

Dans un premier temps, une analyse descriptive rechercherait les caractéristiques des participants à l'enquête à partir des variables sociodémographiques recueillies. Les variables quantitatives ont été décrites au moyen de moyennes et écart-types en cas de distribution normale, ou au moyen de médianes et intervalles interquartiles en cas de distribution non normale. Les variables qualitatives ont été décrites au moyen d'effectifs et de pourcentages. Afin de répondre aux objectifs de l'étude, une analyse descriptive des variables d'intérêt a été effectuée puis des analyses bivariées ont été réalisées afin de comparer les différents groupes entre eux. Les moyennes ont été comparées à l'aide d'un test paramétrique de Student (lorsque les groupes sont ≥ 30 ind/groupe, que leur distribution suit une loi Normale et que les variances sont égales) ou à l'aide d'un test non paramétrique de Wilcoxon (lorsque les conditions d'utilisation du test de Student n'étaient pas réunies. Les proportions ont été comparées à l'aide d'un test paramétrique de khi2 (lorsque les groupes sont ≥ 30 ind/groupe) ou à l'aide d'un test non paramétrique de Fisher (lorsque les groupes sont < 30 ind/groupe). Les résultats sont significatifs lorsque « p » est < 0.05 .

Enfin, afin de rechercher les facteurs associés à la présence des troubles et comportements étudiés, une analyse multivariée par régression logistique a été réalisée.

Les résultats ont été exprimés en pourcentage, moyennes, et odds ratio.

Cette étude a fait l'objet d'un dépôt de dossier CESRESS et d'une déclaration à la CNIL.

III) Résultats

A. Caractéristiques de l'échantillon

Après analyse descriptive des données recueillies dans la base de données, nous avons pu obtenir un aperçu global des caractéristiques sociodémographiques de l'ensemble de la population carcérale, mais aussi des caractéristiques psychiatriques et addictologiques, avec notamment : le nombre de passage en QD, le nombre de détenus présentant un ou plusieurs antécédents de passage à l'acte, le nombre de détenu souffrants de pathologies psychiatriques

et addictologiques, et quelles étaient ces dernières.

Caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon

D'un point de vue sociodémographique, l'âge moyen des 1651 hommes détenus au centre pénitentiaire de Lille-Annœullin au cours de l'année 2021 et inclus dans notre étude était de 34 ans (avec un âge minimal de 18 ans et un âge maximal de 81 ans).

Parmi eux, 48,0% étaient célibataires et 35,3% étaient en couple à l'entrée en incarcération, nous n'avons pas d'information concernant le statut marital de 16,8% des détenus. 64% des détenus présentaient un bon étayage familial, et 19,4% d'entre eux n'avaient plus d'attache parentale au moment de leur incarcération, nous n'avons pas d'information concernant l'étayage familial pour 16,7% d'entre eux. Parmi les données collectées quant au statut parental des détenus, 42,5% étaient père d'au moins un enfant, 40,7% n'avaient pas d'enfant, nous n'avons pas d'information concernant 16,8% d'entre eux.

Enfin, 31,7% des détenus avaient un emploi avant l'incarcération et 51,5% étaient sans activité au moment de l'entrée en détention. Nous n'avons pas d'information concernant le statut professionnel de 16,8% de l'échantillon. (Annexe 3)

Troubles psychiatriques et addictologiques de l'échantillon

D'un point de vue médical, 444 détenus, soit 26,9% de la population étudiée, présentaient un ou plusieurs antécédents psychiatriques, diagnostiqués selon les codes de la CIM-10 au cours d'un suivi spécialisé en détention. Ces derniers souffraient en moyenne d'1,4 pathologies psychiatriques. Les troubles présentés par ces patients étaient les suivants : trouble de l'adaptation (22,3%), trouble dépressif (20,5%), TSPT (18,0%), trouble de la personnalité borderline (17,6%), trouble psychotique (16,4%), autre trouble de la personnalité (14%), trouble anxieux (9,7%), trouble de la personnalité dyssociale (6,3%), retard mental (5%), trouble anxieux et dépressif mixte (4,5%), trouble bipolaire (1,8%). (Annexe 3, Annexe 4)

De plus, 855 détenus, soit 51,8% de la population étudiée, présentaient un ou plusieurs antécédents addictologiques avant l'incarcération. Les troubles les plus présentés par ces patients étaient les suivants : dépendance au THC (61,6%), dépendance à l'alcool (37,7%), dépendance aux opiacés (24,4%), dépendance à la cocaïne (20,6%), dépendance aux benzodiazépines (13,8%), trouble de l'usage de l'alcool (4,6%), trouble de l'usage de cocaïne (3,0%), trouble de l'usage de l'alcool de THC (2,6%), trouble de l'usage de benzodiazépines (2,0%), trouble de l'usage de protoxyde d'azote (1,9%), dépendance aux jeux (1,6%). (Annexe 3)

Placements au quartier disciplinaire

Au cours de l'année 2021, 194 détenus ont été placés au QD. Ils y ont été placés en moyenne 1,5 fois (le détenu qui a réalisé le plus de passage en QD au cours de l'année 2021 y

a été placé 6 fois). La durée moyenne d'isolement au QD était de 17,7 jours (avec une durée minimale de 1 jour, une durée maximale de 154 jours, et une médiane de 10 jours). (Annexe 3)

Passages à l'acte suicidaires chez les sujets placés au quartier disciplinaire

Nous avons pris le soin de faire attention à la temporalité entre placement au QD et la réalisation d'un passage à l'acte chez les détenus ayant été placé au QD et ayant réalisé un passage à l'acte suicidaire au cours de l'année 2021. Au total, sur les 194 détenus ayant été placé au QD au cours de la période d'étude, 35 ont réalisé au moins un passage à l'acte au cours de cette même période :

- 18 sujets ont réalisé un ou plusieurs passages à l'acte auto-agressifs au sein même du QD, et 14 d'entre eux ne sont passés à l'acte qu'au QD (et ne sont pas passés à l'acte en détention classique)
- 8 sujets ont réalisé un passage à l'acte auto-agressif en détention classique au décours de leur peine de QD, dans un délai moyen de 54 jours (délai minimum de 3 jours après la sortie du QD, délai maximum de 168 jours après la sortie du QD).
- 9 sujets étaient passés à l'acte avant leur peine de QD. (Annexe 5)

Parmi les 18 détenus qui ont réalisé un passage à l'acte auto-agressif au sein du QD : 12 ont réalisé 1 seul passage à l'acte, 4 ont réalisé 2 passages à l'acte, et 2 ont réalisé 3 passages à l'acte. On compte donc un total 26 passages à l'acte au QD au cours de l'année 2021.

En relevant les modes de passage à l'acte utilisés par les sujets suicidants au QD lors de ces 26 évènements, nous avons compté : 12 pendaisons (66,7%), 5 IMV (27,8%), 4 phlébotomies (22,2%), 3 feux de cellule (16,7%) et 2 ingestions d'objet(s). (Annexe 3, Annexe 6)

Passages à l'acte suicidaires chez les sujets en régime classique de détention

Au cours de l'année 2021, 55 (3,3%) détenus ont réalisé un ou plusieurs passages à l'acte auto-agressifs en milieu pénitentiaire ordinaire : 28 ont réalisé 1 seul passage à l'acte, 13 ont réalisé 2 passages à l'acte, 7 ont réalisé 3 passages à l'acte, 3 ont réalisé 4 passages à l'acte, 2 ont réalisé 5 passages à l'acte, 1 détenu a réalisé 16 passages à l'acte et 1 détenu a réalisé 19 passages à l'acte.

On compte donc au total 132 passages à l'acte en milieu carcéral classique au cours de l'année 2021 : la phlébotomie a été le mode opératoire de 30 détenus (54,5%), l'IMV celui de 20 détenus (36,4%), la pendaison celui de 10 détenus (18,2%), l'ingestion d'objet(s) celui de 8 détenus (14,5%), le feu de cellule celui de 5 détenus (9,1%), et enfin, 4 détenus ont utilisé un autre mode opératoire, non spécifié (7,3%).

Au total, 4 de ces 55 sujets sont décédés en détention des suites de leur passage à l'acte suicidaire. (Annexe 3, Figure 3)

B. Comparaison des deux groupes : analyses statistiques bivariées et multivariées

Comparaison des caractéristiques socio-démographiques des sujets des deux groupes

Nous avons observé une différence significative entre les moyennes d'âge des sujets constituant les deux groupes (placement au QD en 2021 versus pas de placement au QD en 2021), avec une moyenne d'âge de 29,7 ans pour les détenus ayant été placés au quartier disciplinaire, et une moyenne d'âge de 34,7 ans pour les détenus n'ayant pas été placés au quartier disciplinaire, avec $p < 0,01$.

Il existait également une différence significative entre les deux groupes lorsqu'on comparait le nombre d'enfants : les sujets ayant été placés au QD avaient moins d'enfants (avec 37,4% d'entre eux) que les sujets n'ayant pas été placés au QD (52,8% d'entre eux), avec $p < 0,001$.

Il n'existait par contre pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes après comparaison du statut marital.

Enfin, il existait une différence statistiquement significative entre les deux groupes après comparaison du statut professionnel, les détenus ayant été placés au QD étant moins actifs sur le plan professionnel que le reste de la population carcérale, $p = 0,01$.

Comparaison des caractéristiques psychiatriques et addictologiques des sujets des deux groupes

Nous avons constaté que les sujets ayant été placés au QD présentaient significativement plus de troubles psychiatriques que les sujets constituant le groupe contrôle, avec 37,6% de troubles psychiatriques retrouvés dans le premier groupe contre 25,5% dans le deuxième groupe, $p < 0,001$.

Les sujets ayant été placés au QD présentaient également plus de troubles addictologiques que les sujets constituant le groupe contrôle, avec 67,6% des détenus au QD contre 56,0% des détenus non placés au QD, $p = 0,004$.

Comparaison des passages à l'acte suicidaires des sujets des deux groupes

Concernant la survenue d'un passage à l'acte suicidaire, nous avons observé que les sujets ayant été placés au QD présentaient plus d'antécédents auto-agressifs connus que les sujets constituant le groupe contrôle, avec 29,1% des détenus au QD contre 19,5% des détenus non placés au QD, $p = 0,004$. (Figure 1)

Enfin, le nombre de passage à l'acte au centre pénitentiaire de Lille-Annœullin entre le 1^{er} janvier 2021 et le 31 décembre 2021 était statistiquement plus important chez les sujets ayant été placés au QD que chez le reste des détenus, avec 35 des 194 détenus ayant été placés au QD contre 34 des 1457 détenus n'ayant pas été placés au QD, (18,1% contre 2,3%, $p < 0,001$).

	Détenus avec passage au QD N = 194	Détenus sans passage au QD N = 1457	p
Age moyen (sd)	29.7 (8.1)	34.7 (11.3)	<0.001*
Statut marital, n (%)			0.374
Célibataire	95 (61.3)	697 (57.2)	
En couple	60 (38.7)	522 (42.8)	
Avoir un ou plusieurs enfant(s), n (%)	58 (37.4)	643 (52.8)	<0.001*
Statut professionnel, n (%)			0.01*
En activité	44 (28.4)	480 (39.4)	
Sans emploi	111 (71.6)	739 (60.6)	
Présence d'un diagnostic psy, n (%)	73 (37.6)	371 (25.5)	<0.001*
Présence d'un diagnostic addicto, n (%)	121 (67.6)	734 (56.0)	0.004*
ATCD auto-agressifs connus, n (%)	51 (29.1)	248 (19.5)	0.004*
Passage à l'acte au cours de l'année, n (%)	35 (18.1)	34 (2.3)	<0.001*

*Résultats significatifs

Figure 1 – Analyses bivariées : Comparaison entre le groupe composé des 194 détenus ayant été placés au quartier disciplinaire entre le 1^{er} janvier 2021 et le 31 décembre au Centre Pénitentiaire de Lille-Annœullin, et le groupe contrôle.

Facteurs associés aux passages à l'acte suicidaires en détention

Afin de rechercher les critères les plus significativement associés à la survenue d'un passage à l'acte suicidaire en détention, nous avons comparé la population des 69 détenus ayant réalisé au moins 1 passage à l'acte auto-agressif en détention (tout milieu confondu) à la population des 1281 détenus n'ayant pas réalisé de passage à l'acte auto-agressif en détention, au cours de la période étudiée.

Cette analyse retrouvait une différence statistiquement significative concernant le statut professionnel des deux groupes, avec une inactivité plus importante chez les détenus suicidaires, à 83,9% contre 60,8% des détenus non suicidaires, $p < 0,01$. En revanche, il n'existait pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes quant à l'âge, au statut marital, ni au nombre d'enfants.

Concernant les données médicales de ces deux groupes, nous trouvions statistiquement plus d'antécédents psychiatriques et addictologiques chez les détenus ayant réalisé au moins un passage à l'acte auto-agressif au cours de l'année 2021 que chez les détenus n'ayant pas réalisé de passage à l'acte auto-agressif, avec respectivement 79,7% contre 24,5%, et 89,2% contre 55,9%, $p < 0,001$. Nous trouvions également statistiquement plus d'antécédents connus de passages à l'acte auto-agressif chez les détenus ayant réalisé au moins un passage à l'acte au cours de l'année 2021 que chez les détenus n'ayant pas réalisé de passage à l'acte auto-agressif au cours de cette même année, avec 69,8% contre 18,3%, $p < 0,001$.

Enfin, parmi les 69 les détenus ayant réalisé au moins une tentative de suicide au cours de l'année 2021, 35 avaient réalisé au moins une peine de QD, ce qui représente 50,7% d'entre eux. En comparaison, les 158 autres sujets étant passés au QD et n'ayant pas réalisé de passage à l'acte suicidaire ne représentait que 10% de la population des 1581 détenus en milieu classique de détention. Il existait donc une différence significative concernant la survenue d'un passage au QD entre les détenus ayant réalisé au moins un passage à l'acte suicidaire au cours de l'année

2021, et ceux qui n'y étaient pas passés, $p < 0,001$. (Figure 2)

	Au moins 1 passage à l'acte au cours de l'année N = 69	Aucun passage à l'acte au cours de l'année N = 1581	p
Age moyen (sd)	31.3 (7.8)	34.2 (11.2)	0.088
Statut marital, n (%)			0.093
Célibataire	42 (68.9)	750 (57.1)	
En couple	19 (31.1)	563 (42.9)	
Avoir ou plusieurs enfant(s), n (%)	32 (52.5)	669 (51.0)	0.926
Statut professionnel, n (%)			< 0.001*
En activité	10 (16.1)	514 (39.2)	
Sans emploi	52 (83.9)	798 (60.8)	
Présence d'un diagnostic psy, n (%)	55 (79.7)	388 (24.5)	< 0.001*
Présence d'un diagnostic addicto, n (%)	58 (89.2)	796 (55.9)	< 0.001*
ATCD auto-agressifs connus, n (%)	44 (69.8)	254 (18.3)	< 0.001*
Passage au QD, n (%)	35 (50.7)	158 (10.0)	< 0.001*

*Résultats significatifs

Figure 2 – Analyses bivariées : Comparaison entre le groupe composé des 69 détenus ayant réalisé un passage à l'acte entre le 1^{er} janvier 2021 et le 31 décembre au Centre Pénitentiaire de Lille-Annœullin, et le groupe des 1581 détenus n'ayant pas réalisé de passage à l'acte au cours de cette même période.

Une analyse multivariée par régression logistique a ensuite été réalisée, afin d'établir quels étaient les facteurs de risque de passage à l'acte auto-agressif en détention, en sélectionnant les variables dont les valeurs étaient statistiquement significatives dans nos précédents résultats, soit : avoir réalisé une peine de QD, présenter un ou plusieurs antécédents psychiatriques, présenter un ou plusieurs antécédents addictologiques, présenter au moins un antécédent de passage à l'acte connu, et le statut professionnel.

Nous retrouvons alors un risque significativement plus élevé de passage à l'acte suicidaire chez les détenus étant passés au QD par rapport aux détenus n'étant pas passés au QD, avec un OR= 8,58 (IC 95%, p-value < 0,001).

Nous retrouvons également un risque significativement plus élevé de passage à l'acte suicidaire chez les détenus présentant un trouble psychiatrique en comparaison des détenus ne présentant pas de trouble psychiatrique, avec un OR= 6,62 (IC 95%, p-value < 0,001), et chez les détenus présentant un trouble addictologique, OR=3,14 ((IC 95%, p-value = 0,010) ; ainsi que chez les détenus présentant un antécédent connu de passage à l'acte auto-agressif, OR= 3,85 (IC 95%, p-value < 0,001).

Nous ne retrouvons pas de différence statistiquement significative pour le risque de passage à l'acte en détention en fonction du statut professionnel. (Figure 3, Figure 4)

Characteristic	OR [†]	95% CI [†]	p-value
Passage au QD			
Non	—	—	
Oui	8.58	4.68, 15.9	<0.001
Présence d'un diagnostic psy			
Non	—	—	
Oui	6.62	3.26, 14.4	<0.001
Présence d'un diagnostic addicto			
Non	—	—	
Oui	3.14	1.39, 8.09	0.010
ATCD auto-agressifs connus			
Non	—	—	
Oui	3.85	2.04, 7.46	<0.001
Statut professionnel			
En activité	—	—	
Sans emploi	1.93	0.93, 4.34	0.092

[†] OR = Odds Ratio, CI = Confidence Interval

Variable	N	Odds ratio	p
Passage au QD	Non	1214	Reference
	Oui	155	8.58 (4.68, 15.88)
Présence d'un diagnostic psy	Non	990	Reference
	Oui	379	6.62 (3.26, 14.43)
Présence d'un diagnostic addicto	Non	586	Reference
	Oui	783	3.14 (1.39, 8.09)
ATCD auto-agressifs connus	Non	1088	Reference
	Oui	281	3.85 (2.04, 7.46)
Statut professionnel	En activité	522	Reference
	Sans emploi	847	1.93 (0.93, 4.34)

Figures 3 et 4 – Régression logistique : étude des facteurs de risque potentiels de PAA en détention entre le 1^{er} janvier 2021 et le 31 décembre au Centre Pénitentiaire de Lille-Annœullin.

Afin d'identifier plus précisément les facteurs de risque suicidaire au QD, nous nous sommes alors concentrées sur la population des 18 détenus ayant réalisé un passage à l'acte en cellule disciplinaire. Nous l'avons comparée à la population des 176 détenus ayant été au QD et n'ayant pas réalisé de passage à l'acte au QD.

Il n'existait pas de différence statistiquement significative pour l'âge, le statut marital ni le nombre d'enfants, parmi les détenus suicidants et non suicidants au cours de leur peine disciplinaire.

Les détenus étant passés à l'acte au QD n'étaient pas plus atteints de trouble psychiatrique ou de maladie addictologique que les détenus n'étant pas passés à l'acte pendant leur peine de QD, au cours de cette même période.

Nous avons retrouvé une différence statistiquement significative entre les deux groupes quant au statut professionnel, et quant aux antécédents de passage à l'acte auto-agressif connu au moment de l'incarcération : 100% des détenus étant passés à l'acte au QD n'avaient pas d'emploi avant l'incarcération, contre 68,3% des détenus n'étant pas passés à l'acte au QD ($p=0,006$) (cette donnée était disponible pour 16 sujets suicidants sur 18). 62,5% des détenus étant passés à l'acte au QD avaient un antécédent connu de passage à l'acte, contre 25,8% des détenus n'étant pas passés à l'acte au QD passés à l'acte ($p=0,006$). (Figure 5)

	Passage à l'acte au QD N = 18	Pas de passage à l'acte au QD N = 176	p
Age moyen (sd)	28.3 (6.2)	29.8 (8.2)	0.590
Statut marital, n (%)			0.287
Célibataire	12 (75.0)	83 (59.7)	
En couple	4 (25.0)	56 (40.3)	
Avoir un ou plusieurs enfant(s), n (%)	5 (31.3)	53 (38.1)	0.786
Statut professionnel, n (%)			0.006*
En activité	0 (0.0)	44 (31.7)	
Sans emploi	16 (100.0)	95 (68.3)	
Présence d'un diagnostic psy, n (%)	11 (61.1)	62 (35.2)	0.057
Présence d'un diagnostic addicto, n (%)	15 (88.2)	106 (65.4)	0.061
ATCD auto-agressifs connus, n (%)	10 (62.5)	41 (25.8)	0.006*

Figure 5 – Analyses bivariées : Comparaison entre le groupe composé des 18 détenus ayant réalisé un passage à l'acte au QD entre le 1^{er} janvier 2021 et le 31 décembre au Centre Pénitentiaire de Lille-Annœullin, et le groupe des 176 détenus n'ayant pas réalisé de passage à l'acte au QD au cours de cette même période.

IV) DISCUSSION

A. Troubles mentaux et QD : la non-exception française

Santé mentale des personnes détenues

Notre recherche nous a permis, dans un premier temps, d'établir un état des lieux concernant l'état de santé mentale des détenus au Centre pénitentiaire de Lille-Annœullin, au

cours de l'année 2021. Selon les diagnostics retenus selon les codes de la CIM-10, 26,9% des détenus présentaient un ou plusieurs diagnostics psychiatriques, et 51,8% d'entre eux présentait un ou plusieurs diagnostics addictologiques au moment de leur incarcération.

Ces résultats vont donc dans le même sens que l'ensemble de la littérature scientifique portant sur le sujet, à savoir que les troubles psychiatriques sont surreprésentés en détention, en comparaison à la population générale. En effet, les méta-analyses de référence menées par Seena Fazel ont révélé une forte surreprésentation des maladies psychiatriques chez les personnes détenues. 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 (4). 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 (5). La prévalence de l'ensemble des troubles de l'usage de substance est évaluée à 24% (6).

En France, une étude épidémiologique estimant la prévalence des troubles de santé mentale au sein des prisons françaises publiée en 2006 par Falissard et al. (16) a démontré que sur 799 détenus interrogés dans 20 prisons françaises, 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% présentaient 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.

Plus récemment, une étude a été menée auprès des personnes arrivants en détention dans 8 centres pénitentiaires du Nord et du le Pas-de-Calais (7). Cette étude, portant sur une population proche de celle de notre étude, (653 personnes majeures, majoritairement des hommes (96,5%), jeunes (âge médian de 32 ans), d'un faible niveau d'étude et le plus souvent sans emploi) a également confirmée la surreprésentation des troubles psychiatriques chez les détenus, et ce dès leur arrivée en incarcération. Les résultats de cette étude ont mis en évidence qu'1 arrivant sur 4 présente un épisode dépressif, une anxiété généralisée, une dépendance à l'alcool, et/ou une dépendance aux drogues ; 1 arrivant sur 6 souffre de troubles dépressifs récurrents ; et 1 arrivant sur 8 souffre de trouble panique actuel. Un trouble psychotique ou un syndrome maniaque est retrouvé chez 1 arrivant sur 14, la phobie sociale chez 1 arrivant sur 16, et enfin un TSPT est retrouvé chez 1 arrivant sur 20. 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.

Certains troubles psychiatriques diffèrent dans notre étude, en comparaison des deux études citées précédemment. Ce phénomène peut être expliqué par de deux manières. Tout d'abord, notre étude a été réalisée de manière rétrospective, par analyse des diagnostics médicaux posés au cours de l'incarcération, et non de manière prospective, par évaluation des sujets à l'aide d'un outil standardisé. Il est donc possible que certains diagnostics soient sous-estimés ou surestimés dans notre échantillon, en fonction des méthodes d'évaluation et de cotation des

diagnostics de chaque clinicien. D'autre part, la situation du centre pénitentiaire d'Annœullin, lieu d'hébergement d'un Service Médico-Psychologique Régional et sa proximité géographique avec l'Unité Hospitalière Spécialement Aménagée de Seclin peuvent également avoir eu une influence sur les caractéristiques de notre échantillon. En effet, ces deux facteurs ont pu conduire à une orientation par la justice ou l'administration pénitentiaire de patients identifiées comme « malades » ou « complexes » vers le centre pénitentiaire d'Annœullin, afin de favoriser leur accès aux soins.

Malgré ces limites, notre étude confirme une nouvelle fois la morbidité psychiatrique des personnes détenues. Elle met de plus en évidence les conséquences directes de cette morbidité, avec un risque suicidaire particulièrement important.

Risque suicidaire en détention : confirmation d'un constat préexistant

Au sein de notre échantillon 132 passages à l'acte ont été recensés au centre pénitentiaire de Lille Annœullin au cours de l'année 2021. Quatre détenus sont décédés des suites de leur passage à l'acte. Une analyse par régression logistique nous a permis de constater que les détenus présentant un trouble psychiatrique passaient 6,62 fois plus à l'acte par rapport aux détenus ne présentant pas de trouble psychiatrique (OR= 6,62, IC 95%, p-value < 0,001) ; que les détenus présentant un trouble addictologique passaient 3,14 fois plus à l'acte par rapport aux détenus ne présentant pas de trouble addictologique (OR=3,14, IC 95%, p-value = 0,010) ; et que les détenus présentant un antécédent connu de passage à l'acte auto-agressif passaient 3,85 fois plus à l'acte que les détenus ne présentant aucun antécédent connu de passage à l'acte (OR= 3,85, IC 95%, p-value < 0,001). Ces trois facteurs étant indépendants les uns des autres. Ainsi, les facteurs de risques de passage à l'acte en milieu pénitentiaire retrouvés sont l'existence d'un ou plusieurs antécédents psychiatriques, l'existence d'un ou plusieurs antécédents addictologiques, et l'existence d'un ou plusieurs antécédents de passages à l'acte auto-agressifs. L'âge, le statut marital, le nombre d'enfant, et le statut professionnel des détenus n'étaient pas identifiés dans notre étude comme facteurs de risque de passage à l'acte suicidaire en détention.

Là encore, nos résultats font écho à ceux retrouvés dans la littérature internationale. Dans une revue de la littérature et une méta analyse réalisées en 2020, Zhong et al. démontraient que les facteurs les plus fortement associés à un risque de passage à l'acte suicidaire en détention étaient la présence d'idées suicidaires au cours de l'emprisonnement, un antécédent de tentative de suicide et la présence d'un trouble psychiatrique (11). Néanmoins, ces facteurs ne suffisent pas à eux seuls à expliquer le taux de suicide des prisonniers, qui est en France 7 fois supérieur à celui retrouvé en population générale. Les conditions écologiques de la détention participent également à la suicidalité des prisonniers. Dans cette même méta-analyse, Zhong et al. retrouvaient une association significative entre certains facteurs institutionnels et une majoration du risque suicidaire : l'encellulement seul, l'isolement social, le statut de prévenu, le fait d'avoir été condamné pour un crime violent – en particulier pour homicide (11). L'isolement en QD fait également parti de ces facteurs de risque.

Lien entre risque suicidaire et QD : résultats concluants pour notre hypothèse principale

Au cours de l'année 2021, nous avons comptabilisé 194 passages au QD, avec une moyenne de 1,5 passages pour les détenus concernés, et une durée moyenne de 17,7 jours de peine d'isolement. Ces détenus étaient plus jeunes que le reste de la population carcérale, avec une moyenne d'âge de 29,7 ans (contre 34,7 ans). Ils avaient également moins d'enfants, moins d'activité professionnelle, mais n'étaient pas plus célibataires que le reste de la détention. Il est intéressant de constater que les sujets ayant été placés au QD présentaient plus de troubles psychiatriques que les sujets constituant le groupe contrôle (respectivement 37,6% contre 25,5%, $p < 0,001$). Les sujets ayant été placés au QD présentaient également plus de troubles addictologiques que les sujets constituant le groupe contrôle (respectivement 67,6% contre 56,0%, $p = 0,004$). De plus, les sujets ayant été placés au QD présentaient plus d'antécédents auto-agressifs connus que les sujets constituant le groupe contrôle (respectivement 29,1% contre 19,5%, $p = 0,004$).

Du fait de ces antécédents, la population placée au QD était donc plus à risque de réaliser un passage à l'acte auto-agressif. Il n'est donc pas surprenant de constater que le nombre de passages à l'acte était statistiquement plus important chez les sujets ayant été placés au QD que chez le reste des détenus, avec 35 des 194 détenus ayant été placés au QD contre 34 des 1457 détenus n'ayant pas été placés au QD, (18,1% contre 2,3%, $p < 0,001$). De plus, 50,7% des 69 détenus qui ont réalisé un passage à l'acte auto-agressif au sein de l'ensemble de l'établissement au cours de la période de l'étude étaient passés au QD auparavant.

Pourtant, ces antécédents ne semblent pas être le seul facteur explicatif de la majoration du risque suicidaire chez les détenus placés au QD. En effet, notre étude a permis de démontrer l'existence d'un lien de causalité entre la majoration du risque suicidaire en détention et le fait d'être passé au QD, indépendamment des autres facteurs de risque de passage à l'acte en détention, c'est à dire : présenter un ou plusieurs antécédents psychiatriques, présenter un ou plusieurs antécédents addictologiques, présenter au moins un antécédent de passage à l'acte connu. Après appariement des deux groupes sur ces variables, on retrouvait malgré tout un risque 8,58 fois plus à risque de réaliser un passage à l'acte en détention chez les détenus placés au QD, en comparaison du reste des détenus (OR = 8,58, IC 95% 4,68-15,88, p -value $< 0,001$). L'identification du placement au QD comme facteur de risque indépendant de passage à l'acte suicidaire est également renforcée par la comparaison des caractéristiques cliniques des 18 détenus ayant réalisé un passage à l'acte au QD aux 176 détenus n'ayant pas réalisé de passage à l'acte au QD. Si nous retrouvions une différence statistiquement significative entre les deux groupes quant aux antécédents de passage à l'acte auto-agressifs connus au moment de l'incarcération (62,5% des détenus étant passés à l'acte au QD avaient un antécédent connu de passage à l'acte, contre 25,8% des détenus n'étant pas passés à l'acte au QD passés à l'acte ($p = 0,006$)), nous ne retrouvions par contre pas de différence statistiquement significative quant aux antécédents psychiatriques et addictologiques entre les détenus passés à l'acte au QD et les détenus n'étant pas passés à l'acte pendant leur peine de QD.

Comme pour nos résultats précédents, ces chiffres démontrent que les constats faits à

l'internationale du lien entre placement au QD et risque suicidaire, s'appliquent aux prisons françaises. (12)

Nous pouvons donc répondre à l'objectif principal de notre étude, en affirmant que le QD fait partie des facteurs de risques de passage à l'acte auto-agressif en détention. Nous pouvons également souligner que les détenus présentant un ou plusieurs trouble psychiatriques et/ou addictologiques, ou présentant un antécédent de PAA y sont plus souvent isolés, ce qui majore encore leur risque suicidaire en détention, qui est déjà plus important que les détenus indemnes de troubles mentaux.

Maintenant que nous avons établi un lien entre la présence d'antécédents psychiatriques et placement en QD, et un lien entre placement en QD et l'augmentation du risque suicidaire, nous allons tenter de les comprendre et de les expliquer.

B. Le QD et des troubles mentaux : comprendre l'impasse

Une population plus à risque d'isolement disciplinaire

En 2014, Stewart et al. montraient déjà, qu'aux Etats-Unis, les détenus ayant un trouble psychiatrique diagnostiqué avaient significativement plus de risque d'être placés en institution hautement sécuritaire – équivalent du QI en France - et moins de chance d'être placé en institution faiblement sécurisée que les détenus indemnes de troubles mentaux. Dans cette étude, les détenus ayant un trouble psychiatrique avaient également un risque d'être isolé plus longtemps que les autres détenus (17) . Plusieurs études confirment également ce constat : 13.1% des sujets souffrant de troubles psychiatriques auraient un risque d'être isolé contre 2.3% des sujets indemnes, 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), selon deux études réalisées dans les prisons américaines (18,19). L'étude de Clarck et al., elle, montre que la présence d'un trouble psychiatrique conditionne également la réponse donnée par l'administration pénitentiaire à la suite d'une infraction au sein de la prison. L'auteur 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 (19). Néanmoins, ce lien entre antécédents psychiatriques et placement à l'isolement semble dépendre du genre des détenus et de l'ancienneté des troubles. En 2020, Severson démontre que si un comportement violent augmente le risque de placement au quartier disciplinaire chez les hommes comme 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 ; et 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 (20).

Dans la littérature, l'explication proposée pour justifier ces résultats est que les détenus présentant des troubles psychiatriques seraient plus à risque d'être isolés du fait de leur plus faible capacité d'adaptation à l'environnement stressant qu'est la prison. En effet, les détenus

souffrant de troubles psychiatriques, de par l'expression d'un « comportement symptôme », seraient plus à risque d'enfreindre les règles carcérales ou de devoir être mis à l'écart de leurs codétenus. Pour illustrer cette hypothèse, nous pouvons prendre comme exemple la répétition des passages à l'acte auto-agressif chez un détenu souffrant de dépression ou d'un trouble de personnalité; la recherche et l'usage de stupéfiants chez un détenu souffrant d'une dépendance ; les menaces ou passage à l'acte auto ou hétéro-agressif chez un détenu présentant un trouble de la personnalité ou d'un détenu se trouvant dans une situation de sevrage ; un trouble du comportement lié à des éléments délirants ou à une désorganisation chez un détenu souffrant de psychose ou encore l'absence de compréhension de certaines règles chez un détenu présentant un trouble psychotique avec des symptômes négatifs, ou chez un détenu ayant un retard mental. Tous ces comportements, qui sont pourtant des symptômes psychiatriques nécessitant une prise en charge urgente, sont susceptibles d'être perçus comme « déviants » ou de mener à une rupture du cadre carcéral, et donc de conduire à un placement en cellule disciplinaire. La méconnaissance des pathologies psychiatriques par l'administration pénitentiaire, du fait d'une absence de sensibilisation, vient renforcer cette problématique.

Ainsi, les raisons fondamentales de l'isolement des détenus souffrant de troubles psychiatriques ou addictologiques, bien qu'elles soient sécuritaires, préventives ou punitives – comme il en est pour les autres prisonniers – sont avant tout liées à une plus forte difficulté à s'adapter au milieu carcéral, à se soumettre aux règles imposées par le milieu, ou à la présentation de comportements défiant le cadre carcéral. Il en résulte que les détenus les plus malades sont également ceux le plus à risque d'être placés dans un environnement vecteur de stress, avec parfois pour conséquence directe une majoration du risque suicidaire.

Un environnement suicidogène

Au-delà des difficultés d'adaptation au milieu carcéral présentes chez les patients souffrant de troubles psychiatriques, il semblerait que les conditions de détention au QD soient en elles-mêmes responsables d'une dégradation de la santé mentale des individus qui y sont placés. Le QD représente un risque de passage à l'acte suicidaire au cours de l'isolement et en détention, indépendamment du fait que la population soit déjà plus à risque auto-agressif. Ce constat avait déjà été documenté dans la littérature internationale, et certains chercheurs ont avancé certaines pistes pouvant expliquer les mécanismes à l'origine des décompensations psychiatriques engendrées par la double peine.

Dès 1983, Grassian décrivait, à travers une série de 14 cas cliniques de détenus placés au QD, l'apparition d'une variété de symptômes que la plupart d'entre eux n'avaient jamais expérimenté auparavant. Il a alors émis l'hypothèse de l'existence d'un « Syndrome post-QD » (Solitary Housing Unit ou 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 ; difficultés 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 (21) . L'auteur insistait sur le caractère systématique de ce syndrome, puisque celui-ci pourrait toucher tous les sujets isolés, y compris ceux 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 par la suite tenté de comprendre les facteurs explicatifs de l'émergence de symptômes psychiques chez les sujets isolés, au-delà 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. L'isolement provoquerait un repli de la personne isolée sur elle-même et le développement d'une crainte des interactions sociales. L'isolement provoquerait également une apathie et une léthargie qui limiterait la prise d'initiative, ainsi qu'une sensation intolérable de colère et de frustration, qui engendrerait des comportements inadaptés et « d'acting-out » (22,23), expression qualifiant une « action de détresse » se manifestant par des comportements « colériques, impulsifs et volatils » (24). Cette expression a été construite en référence aux troubles de personnalité de groupes B et de groupe C décrits dans le DSM-IV (25). 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'isolement social », 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 au QD (26). 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. Des études avec un niveau de preuve supérieur seront cependant nécessaires pour préciser la nature exacte et l'intensité des symptômes psychiatriques se développant lors d'un placement à l'isolement ou au QD.

Plus inquiétant, il apparaît que les conséquences de l'isolement ne se limitent à la période de placement au QD. Une étude réalisée auprès de 13 376 personnes retrouvait en effet une association statistiquement significative entre le fait d'avoir été placé au QD au cours d'une peine de prison, et le risque de mort par cause non-naturelle dans les 5 ans suivant la libération.(27)

Ainsi, il existe des répercussions évidentes de l'isolement sur santé mentale des détenus, même sans antécédent psychiatrique, et ceux pendant une durée potentiellement importante. Les constats faits dans les deux parties ci-dessus soulèvent une impasse : les détenus souffrant de troubles psychiatriques sont isolés plus facilement et plus longtemps que les autres détenus, entraînant une dégradation de leur santé mentale, qui pourrait conduire à de nouveaux placements au QD avec les conséquences sur leur pronostic psychiatrique que nous venons de voir. La limitation de l'isolement ou du moins la prévention des risques de l'isolement sur la santé mentale de ces détenus pourrait permettre d'interrompre ce cercle vicieux. Nous allons réfléchir dans la prochaine partie aux différents moyens d'y parvenir.

C. Limiter les conséquences de l'isolement sur les détenus à risque : une réflexion en amont, pendant et en aval du placement en QD

A la suite des constats précédents, nous allons maintenant réfléchir à plusieurs moyens de limiter les conséquences du placement au QD des personnes dont le risque suicidaire est le plus élevé en détention et de prévenir la survenue d'un passage à l'acte suicidaire au cours et au décours de l'isolement.

Des mesures de prévention primaire

La solution la plus efficace pour limiter le risque suicidaire secondaire au placement au QD, serait tout simplement de limiter le placement au QD des populations à risque. C'est-à-dire de limiter, dans la mesure du possible, la mise en QD des personnes ayant un ou plusieurs antécédents de passage à l'acte auto-agressif, et des personnes souffrantes de troubles psychiatriques et/ou addictologiques. Sur le plan psychiatrique, plusieurs pistes peuvent être proposées dans cet objectif.

Premièrement, l'évaluation psychiatrique systématique des arrivants en détention est impérative afin d'identifier les détenus présentant des troubles psychiatriques ou addictologiques. La recherche d'antécédents de passage à l'acte suicidaire, de leur nombre, de leur date, et des facteurs les ayant précipités, doit faire partie intégrante de cet entretien. La réalisation de cette consultation, qui est par ailleurs recommandée par le dernier guide méthodologique de prise en charge sanitaire des personnes placées sous-main de justice (28), permet à la fois d'orienter les détenus souffrant de troubles mentaux vers les soins nécessaires, en fonction de leur degré d'urgence ; mais également d'identifier les détenus les plus à risque de présenter des difficultés d'adaptation au milieu carcéral, avec les conséquences que nous avons vu précédemment.

Deuxièmement, l'amélioration de l'accès aux soins psychiatriques ambulatoires et hospitaliers en détention est essentielle. En effet, si les soins programmés sont parfois entravés par les contraintes inhérentes au milieu pénitentiaire (créneaux de consultation limités en nombre et en durée, chevauchement de ces créneaux de consultation avec les horaires de travail, les parloirs et les autres activités possibles en détention, système de convocation et de prise de rendez-vous parfois défaillant), l'accès aux soins d'urgence est lui particulièrement problématique. L'accès à un professionnel de santé mentale en urgence est particulièrement difficile, puisque les détenus ne peuvent pas se déplacer seuls au sein de la prison, et ne peuvent se rendre spontanément dans le service de soins en cas de besoin. Et c'est pourtant lors de moments de décompensation, de frustration, ou lors des sevrages, que les symptômes évoluent le plus souvent de manière bruyante. Faciliter le recours aux soins, et en particulier aux soins d'urgence, pourrait donc permettre à certains patients de solliciter les professionnels de santé afin de les alerter, et d'éviter une dégénérescence comportementale motivant une peine de QD.

Troisièmement, la question de l'« incompatibilité » de placement au QD de certains détenus sur décision médicale doit être évoquée dans ce travail. En France, la création du Décret n°2010-

1634 en décembre 2010 a permis l'encadrement de la procédure disciplinaire par le Code de Procédure Pénale. L'article R57-7-63 de ce décret donnait la possibilité au médecin (généraliste ou psychiatre) de suspendre la sanction de QD s'il constatait que son exécution était de nature à compromettre la santé de l'intéressée (29). Bien que cet article ait été abrogé en mars 2022, les suspensions de QD pour motifs psychiatriques (ainsi que non psychiatriques) sont encore d'actualité dans certains établissements pénitentiaires. Certains détenus sont ainsi connus comme étant « incompatibles » avec le placement au QD. L'absence de données sur les caractéristiques psychiatriques de ces détenus, les motifs de cette suspension (antécédent de passage à l'acte ? antécédent de passage à l'acte au QD ? trouble psychiatrique sévère ? troubles du comportement au QD ?) et l'effet de cette méthode en termes de réduction du risque suicidaire nous empêche toutefois de nous prononcer sur son efficacité.

Une prise en charge à améliorer lors du placement en QD

Présenter un antécédent de trouble mental ne préserve néanmoins pas de commettre des fraudes. Le placement au QD par un personnel de prison reste donc un évènement probable dans l'histoire de tout détenu, malade ou non. Nous avons de plus constaté dans notre étude que le placement au QD était un facteur de risque indépendant de passage à l'acte suicidaire, avec un risque suicidaire également majoré chez les sujets indemnes de troubles psychiatriques et addictologiques. L'identification de détenus « à risque » ne suffit donc pas à limiter les risques suicidaires chez les détenus placés au QD. Là aussi, des mesures visant à limiter ces conséquences peuvent être développées.

Lors du placement d'un détenu au QD, il serait bénéfique de porter une attention particulièrement à leur santé mentale. Néanmoins, 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 pour ces détenus, avant leur placement en isolement disciplinaire, sont ainsi 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, 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, 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.

De la même manière, la peine de QD, bien que décidée par l'administration pénitentiaire, entraîne de facto un arrêt de l'ensemble des soins psychiatriques de groupe. En effet, l'isolement disciplinaire des détenus empêche la poursuite des activités thérapeutiques antérieures, qui sont pourtant prescrites sur indication médicale. Le maintien de ces activités lors des périodes de QD devrait être possible, voire même conseillée, afin de poursuivre les soins et permettre des

périodes de levée d'isolement pour les personnes détenues souffrant de troubles psychiatriques.

Le QD : et après ?

Comme nous l'avons vu précédemment, les effets du placement au QD sur la santé mentale et générale des personnes détenues semblent se poursuivre bien après la levée de l'isolement disciplinaire (27). Il apparaît donc primordial de porter une attention toute particulière à la surveillance du risque suicidaire post-QD. Cette surveillance permettrait, là encore, de proposer les soins adaptés à chacun, et de prévenir une décompensation psychiatrique ou un décès par suicide dans les suites d'un isolement disciplinaire.

Risque suicidaire en détention : des mesures de prévention à améliorer

Les liens entre placement au quartier disciplinaire et risque suicidaire posent la question plus large de la prévention du suicide dans les prisons françaises. Le taux de suicide des prisonniers a en effet connu une augmentation constante depuis les années 1950, jusqu'en 2009. Si ce taux a diminué depuis 2009, probablement du fait de la mise en place de plans de prévention du suicide par le ministère de la justice, et de l'ouverture des premières UHSA au début des années 2010, il reste encore aujourd'hui 7 fois supérieur à celui retrouvé en population générale. Les mesures de prévention et de postvention actuelles, peinent à endiguer ce phénomène. De nouvelles mesures doivent donc être imaginées pour lutter contre la surmortalité des personnes détenues en France.

Une des pistes de réflexion pourrait être le développement d'un outil standardisé d'évaluation du risque suicidaire, intégrant les facteurs de risque de suicide spécifiques au milieu carcéral : la proximité de l'arrivée en détention (les deux premières semaines de détention étant particulièrement à risque), le statut de prévenu, l'incarcération pour une infraction à caractère sexuelle ou un crime violent, la présence d'un évènement carcéral récent (condamnation récente, jugement, allongement de la peine, refus de remise en liberté, etc.), l'encellulement seul, et bien sûr, le placement au quartier disciplinaire au moment de l'évaluation ou au cours de la peine. A ces facteurs devront s'ajouter une évaluation de l'état psychiatrique du patient (présence d'un trouble psychiatrique ou non), une recherche des antécédents auto-agressifs, et une recherche de la présence ou non d'un étayage social, eux aussi prédictifs du risque suicidaire des personnes détenues (11,15). Cette échelle pourrait être utilisée par l'ensemble des professionnels de santé intervenant en milieu pénitentiaire, mais également par les professionnels de santé intervenant de manière plus large dans la prise en soins de la personne détenue. Notamment, les professionnels de santé intervenant dans les services d'urgence ou de réanimation, qui sont fréquemment amenés à évaluer les prisonniers « extraits » de la prison pour motif psychiatrique ou non psychiatrique et qui ne sont pas toujours au fait de l'influence du milieu carcéral sur le risque suicidaire. Les professionnels de santé mentale exerçant au sein des services de psychiatrie en milieu libre sont également régulièrement amenés à accueillir des personnes écrouées hospitalisés dans leurs unités pourraient également bénéficier d'un tel outil afin d'améliorer la détection des détenus présentant un risque suicidaire élevé.

De plus, comme nous l'avons dit plus haut, l'accès aux soins en milieu carcéral est souvent limité dans les situations d'urgence. Une deuxième piste de réflexion pourrait donc être de faciliter l'accès à des professionnels de santé mentale, afin qu'ils soient accessibles rapidement et à tout moment de l'incarcération. Une des manières de faciliter cet accès serait être de rendre accessible le numéro national de prévention du suicide (3114) aux personnes incarcérées. Ce numéro de téléphone gratuit, qui propose l'accès 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 à un professionnel soignant, permettrait d'offrir une alternative au geste suicidaire aux détenus qui ne sont pas en capacité d'obtenir ou de solliciter des soins en urgence. Il est cependant à noter que les cellules du quartier disciplinaire, contrairement aux cellules des autres bâtiments, n'ont pas été équipées de cabines téléphoniques individuelles en 2021...

Enfin, un des facteurs de risque majeur de suicide identifié par notre étude et par la littérature internationale est la présence d'un antécédent de passage à l'acte auto-agressif. Il est donc impératif de mettre en place des stratégies de prévention faisant suite à un passage à l'acte suicidaire survenu avant l'incarcération ou en détention, aussi appelées postvention. La mise en application du dispositif Vigilans au sein des prisons françaises et l'une de ces stratégies. Ce dispositif a pour but une diminution de la récurrence suicidaire en organisant un recontact par des soignants des personnes ayant réalisées une tentative de suicide, pendant la période de 6 mois suivant le geste. Cette période de « veille » s'accompagne de la remise d'une carte ressource contenant le numéro de téléphone de Vigilans, que le patient peut appeler à tout instant. On imagine bien, encore une fois, tout l'intérêt de la mise en place de cette veille pour les personnes détenues. Il est à noter que l'application de Vigilans en détention est actuellement testée dans les centres pénitentiaires de Sequedin et de Lille-Annœullin. Le recontact est réalisé par l'envoi de cartes postales personnalisées et la carte ressource est remise au patient à sa libération.

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 placement en isolement disciplinaire. Néanmoins, la réflexion autour du quartier disciplinaire ne peut se faire d'un seul point de vue sanitaire. En effet, le placement au QD a déjà fait l'objet de réformes à l'échelle nationale et internationale, du fait de ses effets délétères sur la santé, mais également parce qu'il occasionne un questionnement plus général sur son efficacité et sur le respect des droits des détenus.

D. Ouverture : QD et suicide, la nécessaire prise de conscience pénitentiaire

Les réformes pénitentiaires visant à garantir la sécurité en isolement disciplinaire

La prévention du suicide en prison implique la prise en considération des facteurs carcéraux, en plus des facteurs psycho-sociaux, et nécessite donc la mobilisation du principal acteur intervenant en détention : l'administration pénitentiaire. Le ministère de la justice a, en 2009, développé une série de mesures afin de diminuer le taux de suicide en prison. Parmi les recommandations publiées dans le plan ministériel de 2009, trois abordent la question de la prévention du suicide au quartier disciplinaire. La recommandation n°1 préconise une priorisation de la formation continue pour les personnels de surveillance affectés dans les

« zones de détention sensibles », parmi lesquelles, le QD. La recommandation n°8 incite à une « prise en considération du risque suicidaire au moment du placement au quartier disciplinaire » en préconisant un entretien systématique du détenu isolé avec un officier. La recommandation n°11 vise de son côté à atténuer le sentiment d'isolement de la personne détenue en introduisant au QD l'accès au téléphone et à une radio (30). Si ces recommandations constituent un premier pas, elles semblent cependant insuffisantes en regard de l'ampleur du phénomène constaté. Le placement au QD génère la plupart du temps des réactions de rejet ou d'incompréhension de l'autorité pénitentiaire pour les personnes isolées, altérant ainsi le lien de confiance qui pouvait être établi. L'accès au téléphone reste, comme nous l'avons vu dans le paragraphe précédent, largement limité au QD (pas de téléphone dans les cellules disciplinaire) et l'accès à la radio est conditionné au bon vouloir du personnel pénitentiaire et à la disponibilité d'un tel équipement dans l'établissement. De plus, aucune de ces recommandations ne fait état de la prise en considération des personnes souffrant de troubles psychiatriques. Les études d'observation du suicide dans les prisons françaises menées depuis la mise en place de ces mesures ont d'ailleurs confirmé l'efficacité très relative de ces mesures : 13,6% des suicides survenus en prison en 2017 et 2018 ont eu lieu au QD (31).

C'est au niveau mondial que l'on retrouve des recommandations plus précises concernant la lutte contre les effets de l'isolement disciplinaire sur la santé mentale. En 2015, l'Assemblée Générale des Nations Unies 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* (32). Ces règles sont reconnues par la France. 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. Si certaines de ces règles étaient déjà présentes dans le code de procédure pénale français depuis 2010, leur application demeure inégale : l'isolement au quartier disciplinaire reste la règle plus que l'exception et notre étude, avec une durée moyenne de séjour au QD de 17,7 jours, a montré que l'isolement dépassait souvent ces recommandations.

Prison dans la prison : la sécurité du groupe au détriment de celle de l'individu

L'isolement des détenus par l'administration pénitentiaire peut être réalisé pour plusieurs raisons : soit à visée préventive, en isolant un détenu du reste de la population afin d'assurer la sécurité de ce dernier ; soit à visée sécuritaire, en isolant un détenu du reste de la population afin d'assurer la sécurité en détention ; soit à visée punitive, en isolant un détenu du reste de la population afin qu'il purge une peine à la hauteur de son délit. L'introduction des mesures d'isolement sécuritaire et punitif a ainsi autorisé l'imposition par la justice pénale de mesures restrictives ou privatives de liberté, sur le fondement de la culpabilité et sur la notion de dangerosité. Un sujet menaçant peut être isolé, 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. Mais il semble difficile, suite à nos recherches, d'évoquer la notion de sécurité associée au QD sans en énoncer les limites.

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 nous l'avons déjà rappelé, ce sont les officiers qui décident initialement d'isoler le détenu, d'après leur propre interprétation du danger qu'il représente. Mais comme la maladie mentale fait encore l'objet de nombreuses méconnaissances, les détenus atteints de troubles psychiatriques peuvent subir le poids de certains préjugés, et être perçus comme étant plus dangereux par les équipes pénitentiaires. Cela peut influencer leur conduite envers ces prisonniers, et 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. Ensuite, 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. » (33). 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. » (34). 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 (35). 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.

Dans une réflexion sur l'efficacité globale du QD, nous rappelons que 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 conscrits. La question du sens de la peine n'est pas systématiquement accessible pour les détenus, quelle qu'en soit la raison et quelle que soit le lieu de la détention. C'est pourquoi il semble nécessaire que la peine de QD soit mise en œuvre de manière exemplaire, pour que le détenu comprenne la sanction, que celle-ci ne soit pas perçue comme arbitraire, et qu'il puisse s'engager dans une réflexion sur le rapport à la loi. 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 évènements indésirables. Par ailleurs, 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 littérature tend 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.

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 d'améliorer l'accès aux soins généraux des personnes isolées. En effet, la liste des personnes détenues au quartier disciplinaire reste communiquée aux équipes médicales, qui rend alors visite aux détenus. De plus si l'état de santé de la personne détenue est jugé préoccupant par le personnel pénitentiaire, celui-ci le signale à un médecin, et un entretien médical peut également être demandé 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 pour sa part soit par les médecins généralistes après leur visite, soit par l'administration pénitentiaire via un signalement, soit par le détenu lui-même. Malgré ces avancées, la mise en place de mesures complémentaires, sanitaires et pénitentiaires, sera indispensable afin de réduire les taux de suicide observés en détention et limiter la dégradation de la santé mentale des personnes détenues.

E. Limites de l'étude :

Le première limite résulte dans le manque d'exhaustivité du recueil de données. En effet, lors de l'étude du dossier arrivant ou du dossier médical de certains détenus, certaines informations recherchées ont pu manquer, soit par refus du patient de rencontrer un professionnel de santé mentale, soit par défaut de remplissage du dossier de la part du soignant (notamment, à cause d'une barrière de la langue). Il est également possible que, par déni des troubles, certains détenus n'aient pas informé les soignants avec exactitude de leurs consommations, et que cela fasse défaut aux données recueillies sur leur dossier arrivant. Enfin, les données ont été recueillies à l'arrivée des détenus par différents intervenants, psychiatres et psychologue, ce qui peut provoquer un biais d'évaluation et d'interprétation.

Du fait du caractère rétrospectif et de la limitation de la période d'étude à l'année 2021, nous n'avons pas pu prendre en compte les phénomènes de flux, et le moment du passage à l'acte. Il est possible que des détenus qui étaient déjà présent en incarcération avant la période d'étude et toujours présent en incarcération en 2021, soient passés en QD avant la période d'étude, et qu'ils soient passés à l'acte en 2021. Dans ce cas, le passage à l'acte n'a pas pu être mis en lien avec la peine de QD au cours de notre étude. Il est également possible que certains détenus soient passés au QD au cours de l'année 2021, et qu'ils soient passés à l'acte en 2022. Dans ce cas, nous n'avons pas non plus pu étudier le lien entre le passage à l'acte et la peine de QD. De plus, il est possible que certains détenus aient été libérés ou transférés suivant un placement au quartier disciplinaire, et que nous n'ayons donc pas connaissance de la réalisation d'un passage à l'acte suicidaire.

Il est également possible que certains détenus aient réalisés des passages à l'acte suicidaire sans en avertir les soins. Il est cependant probable que cette éventuelle sous-déclaration affecte de manière similaire les deux groupes. De plus, l'environnement fermé que constitue le milieu carcéral permet d'avoir connaissance de la quasi-totalité des passages à l'acte auto-agressif réalisés par les détenus.

Une autre limite résulte du caractère monocentrique de notre étude, il est possible que les résultats retrouvés ne soient pas généralisables à l'ensemble des centres pénitentiaires français. Le centre pénitentiaire de Lille-Annœullin regroupe néanmoins à la fois une Maison d'Arrêt et un Centre de Détention, représentant les modes d'incarcérations les plus fréquents en France.

Il est enfin possible que certaines données non documentées dans notre étude, notamment en lien avec l'incarcération (motif d'incarcération, condamnation récente, allongement de la durée de la peine, absence de travail en détention, etc.) constituent des facteurs de confusion. Cette limite ne pourra cependant être corrigée que par une étude rétrospective recueillant ces données carcérales dans les dossiers de l'administration pénitentiaire, ou par une étude prospective recueillant directement ces variables auprès des détenus.

V) CONCLUSION

L'état de santé des personnes détenues fait partie des préoccupations de santé publique mondiale, dans un contexte de 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. Elles ont également montré que les antécédents psychiatriques et addictologiques des prisonniers influencent le déroulement de leur peine, tant par rapport à leur adaptation à l'environnement stressant que représente la détention, mais également par rapport à la manière dont ils sont appréhendés par les équipes pénitentiaires. Il en ressort également que les détenus malades sont plus souvent placés en isolement sécuritaire ou disciplinaire, alors que ce dernier a été identifié comme facteurs de risque suicidaire. Cependant, la majorité des études portant sur les conséquences de la maladie mentale en détention ont été réalisés aux États-Unis et dans les pays du Nord de l'Europe. Il est donc complexe d'extrapoler ces résultats à la France, puisque les conditions de détention y sont très différentes des prisons françaises. Nous avons souhaité apporter des connaissances complémentaires sur les liens entre QD et risque suicidaire dans les prisons françaises.

L'objectif principal de notre étude était donc d'évaluer si le placement au quartier disciplinaire était associé à une augmentation du risque de passage à l'acte suicidaire au moment du placement au quartier disciplinaire, et dans les 6 mois suivant ce placement, chez les détenus écroués au centre pénitentiaire de Lille-Annœullin au cours de l'année 2021. Nous avons pu répondre à cet objectif, puisque nous avons observé un risque de passage à l'acte autolytique 8,58 fois plus élevé chez les détenus ayant réalisé une peine de quartier disciplinaire par rapport au reste de la population de détenus. Néanmoins, nos résultats ne nous permettaient pas de

conclure quant à la persistance de ce risque dans les 6 mois suivant la sortie d'isolement.

Nous avons également répondu à nos objectifs secondaires, en décrivant tout d'abord les caractéristiques sociodémographiques, psychiatriques et addictologiques des détenus placés au quartier disciplinaire de Lille-Annœullin au cours de la période d'étude, et en les comparant à celles des détenus non placés au quartier disciplinaire. Nous trouvons alors que les détenus placés au quartier disciplinaire étaient plus jeunes que le reste de la population carcéral, avec une moyenne d'âge de 29,7 ans, qu'ils avaient moins d'enfants, qu'ils étaient moins actifs professionnellement, mais qu'ils n'étaient pas plus célibataires que le reste de la détention. Nous avons également constaté qu'ils présentaient plus de troubles psychiatriques, plus de troubles addictologiques, et plus d'antécédent auto-agressifs connus que les sujets n'étant pas passé au quartier disciplinaire au cours de leur détention. Nous avons alors pu montrer une association entre antécédents psychiatriques ou addictologiques et placement au quartier disciplinaire. Cependant, certaines de nos intentions de recherches restent en suspens, et nécessiterait de faire l'objet d'autres études, puisque nous ne sommes pas parvenus à évaluer l'association entre placement au quartier disciplinaire et risque suicidaire à 1 mois, 3 mois et 6 mois suivant le placement, ni à évaluer l'association entre placement au quartier disciplinaire et risque de décès par suicide.

Ces conclusions nous ont mener vers 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 fragiles ou à risque de présenter des troubles du comportement, le passage régulier de professionnels de santé mentale au quartier disciplinaire, et le renforcement du suivi psychologique après l'isolement, constituent des pistes visant la diminution du risque suicidaire des détenus placés au quartier disciplinaire. L'objectif de recourir, dès qu'il en est possible, à des alternatives au placement au quartier disciplinaire ou à l'isolement ne pourra se faire sans un travail conjoint avec l'administration pénitentiaire. La sensibilisation des personnels pénitentiaires à la reconnaissance des symptômes psychiatriques et l'amélioration de la réponse aux comportements violents ou « déviants » par la médiation, pourraient permettre d'atteindre cet objectif. De fait, cela contribuerait à un meilleur respect de la santé et des droits des détenus, qui souffrent actuellement des conditions de détention.

BIBLIOGRAPHIE

1. Base de données en ligne World Prison Brief, disponible sur <https://www.prisonstudies.org>.
2. La mesure de l'incarcération au 1er mai 2022, par le Ministère de la Justice, disponible sur: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Mesure_mensuelle_20220501.pdf.
3. Les chiffres clé, Statistiques de la population détenue et écrouée, disponible sur <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion>.
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. Fovet T, Plancke L, Amariei A, Benradia I, Carton F, Sy A, et al. Mental disorders on admission to jail: A study of prevalence and a comparison with a community sample in the north of France. *Eur Psychiatr*. 2020;63(1):e43.
8. Fazel S, Ramesh T, Hawton K. Suicide in prisons: an international study of prevalence and contributory factors. *The Lancet Psychiatry*. déc 2017;4(12):946-52.
9. Chiffres du Ministère de la Justice. Disponibles sur: <https://www.lefigaro.fr/flash-actu/plus-de-120-suicides-en-prison-en-2021-selon-le-ministere-de-la-justice-20220301>.
10. Albrand L. La prévention du suicide en milieu carcéral [Internet]. Ministère de la Justice; 2009. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/094000387.pdf>.
11. Zhong S, Senior M, Yu R, Perry A, Hawton K, Shaw J, et al. Risk factors for suicide in prisons: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*. mars 2021;6(3):e164-74.
12. 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.
13. Favril L, Yu R, Hawton K, Fazel S. Risk factors for self-harm in prison: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*. août 2020;7(8):682-91.
14. Des troubles psychiatriques à la mise en Quartier Disciplinaire : quand la peine d'isolement aggrave les peines, THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE, Anna ARNAUD, disponible sur https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2021/2021LILUM340.pdf.
15. Duthé G, Hazard A, Kensey A, Pan Ké Shon JL. Suicide among male prisoners in France: A prospective population-based study. *Forensic Science International*. déc 2013;233(1-3):273-7.
16. Falissard B, Loze JY, 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.
17. Stewart LA, Wilton G. Correctional outcomes of offenders with mental disorders.

Criminal Justice Studies. 2 janv 2014;27(1):63-81.

18. 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.
19. Beck AJ. Use of Restrictive Housing in U.S. Prisons and Jails, 2011–12. 2015;24.
20. Severson RE. Gender Differences in Mental Health, Institutional Misconduct, and Disciplinary Segregation. *Criminal Justice and Behavior*. déc 2019;46(12):1719-37.
21. Psychopathological effects of solitary confinement. *AJP*. nov 1983;140(11):1450-4.
22. 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.
23. The violation of psychiatric standards of care in prisons. *AJP*. mai 1980;137(5):566-70.
24. Parker G, Roy K, Wilhelm K, Austin MP, Mitchell P, Hadzi-Pavlovic D. “Acting Out” and “Acting In” as Behavioral Responses to Stress: A Qualitative and Quantitative Study. *Journal of Personality Disorders*. déc 1998;12(4):338-50.
25. DSM-IV, APA 1994.
26. Haney C. Restricting the Use of Solitary Confinement. *Annu Rev Criminol*. 13 janv 2018;1(1):285-310.
27. 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.
28. Guide méthodologique de prise en charge sanitaire des personnes placées sous-main de justice. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_methodo_2019_ppsmj.pdf.
29. Décret n°2010-1634 du 23 décembre 2010, abrogé par le Décret n°2022-479 du 30 mars 2022. Version en vigueur du 29 décembre 2010 au 01 mai 2022. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006071154/LEGISCTA000023349005/. In.
30. Mesures de prévention du suicide en prison. PDF disponible sur: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/plan_ministeriel_2009.pdf.
31. Vanhaesebrouck A, Tostivint A, Lefèvre T, Melchior M, Khireddine-Medouni I, Chee CC. Characteristics of persons who died by suicide in prison in France: 2017–2018. *BMC Psychiatry*. déc 2022;22(1):11.
32. 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>.
33. Loi portant sur le respect des droits et de la dignité des détenus. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000021312171/>.
34. Règles pénitentiaires européennes. PDF disponible sur: https://www.cds-cvt.be/fr/system/files/regles_penitentiaires_europeennes_fr.pdf.
35. Haney C. A Culture of Harm: Taming the Dynamics of Cruelty in Supermax Prisons. *Criminal Justice and Behavior*. août 2008;35(8):956-84.

ANNEXES

Annexe 1 – Lettre d’information aux personnes incluses

Isolement disciplinaire en détention et risque suicidaire : une étude rétrospective au centre pénitentiaire de Lille-Annœullin

Lettre d’information

1) Quels sont les objectifs de l’étude « Isolement disciplinaire en détention et risque suicidaire : une étude rétrospective au centre pénitentiaire de Lille-Annœullin » ?

Cette étude a pour objectifs d’identifier les conséquences de l’isolement disciplinaire (placement au quartier disciplinaire) sur la santé mentale, et en particulier sur le risque de passage à l’acte suicidaire.

2) Qui réalise l’étude « Isolement disciplinaire en détention et risque suicidaire : une étude rétrospective au centre pénitentiaire de Lille-Annœullin » ?

L’organisme responsable de l’étude est le Centre Hospitalier Universitaire de Lille, dont l’adresse est la suivante : 2 avenue Oscar Lambret, 59037 Lille, et le numéro de téléphone est le 03.20.44.59.62. L’investigateur principal de l’étude est le Dr Bettina BELET exerçant au SMPR de Lille-Annœullin. Pour toute question spécifique, vous pouvez adresser un courrier au Dr BELET, soit par courrier interne, ; soit à l’adresse : SMPR Annœullin, Canton du Pommier, 59112 ; ou adresser un mail à bettina.belet@chru-lille.fr.

3) Pourquoi cette étude me concerne-t-elle ? Quelles données seront utilisées et pour combien de temps ?

La présente lettre vous est adressée pour vous informer que des données vous concernant vont être recueillies pour l’étude. Les données utilisées pour l’étude sont les données issues de votre dossier médical, collectées au cours de votre incarcération au centre pénitentiaire de Lille-Annœullin. Elles comportent : les données sociodémographiques (âge, situation familiale, situation professionnelle), les données de santé (antécédents psychiatriques, antécédents suicidaires, diagnostics retenus au cours de l’incarcération), et les données relatives au placement en quartier disciplinaire.

Ces données seront codées pour l’étude sur un espace sécurisé, sans mention de votre nom ni de votre prénom. **Elles ne seront pas identifiables car elles auront été rendues totalement anonymes.** Elles seront ensuite analysées par les professionnels de recherche exerçant au sein de la Fédération Régional de Recherche en Santé Mentale.

Ces données seront conservées pendant une durée de 2 ans après la dernière publication relative à l’étude.

4) Quels sont mes droits concernant mes données utilisées pour l’étude ?

L’utilisation de vos données dans cette étude n’est pas une obligation. Si vous ne souhaitez pas que vos données soient incluses dans l’étude, vous pouvez vous opposer à cette utilisation. Cette opposition ne remettra pas en cause vos soins. Pour ce faire, il vous suffit d’écrire à l’adresse suivante : Dr BELET, SMPR d’Annœullin, Canton du Pommier, 59112 Annœullin, ou d’adresser un courrier interne au SMPR, ou un courrier postal à DPO GHT LMFI, Direction Générale, CHU de Lille, 2 avenue Oscar Lambret, 59000 Lille, ou encore d’envoyer un mail à dpo@chu-lille.fr. Vous pouvez également demander à tout moment une consultation, un effacement ou une rectification de ces données, en écrivant aux mêmes adresses.

Conformément à l'article 66 de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, cette étude a fait l'objet d'un dépôt de dossier auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) en avril 2022. Si vous estimez néanmoins que vos droits n'ont pas été respectés au cours de cette étude, vous pouvez saisir la CNIL pour faire une réclamation à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

Annexe 2 – Variables recueillies dans l'étude

Variables	Définition	Type
Critère principal		
Passage à l'acte suicidaire	Nombre et moyens de passages à l'acte suicidaire chez les détenus écroués à Annoeullin en 2021	N/%
Critères secondaires		
Comparaisons entre les caractéristiques sociodémographiques, les antécédents psychiatriques, addictologiques et les nombres et causes de décès des détenus placés au quartier disciplinaire, et non placés au quartier disciplinaire en 2021	Différence significative entre les deux groupes pour une ou plusieurs variables parmi celles étudiées	OR
Description de la population		
Age	-	Continue
Statut marital	Célibataire/En couple	Binaire
Enfants	Oui/Non	Binaire
Etayage familial	Etayage/Isolement	Binaire
Statut professionnel avant l'incarcération	Emploi/Sans emploi	Binaire
Données médicales		
Antécédents psychiatriques antérieurs à l'incarcération	Diagnostic(s) retenus selon codes CIM-10	Nominale
Antécédents addictologiques antérieurs à l'incarcération	Diagnostic(s) retenus selon codes CIM-10	Nominale
Antécédents de passages à l'acte suicidaire antérieurs à l'incarcération	Oui/Non	Binaire
Suivi psychiatrique en détention	Oui/Non	Binaire
Diagnostics psychiatriques actuels	Diagnostic(s) retenus selon codes CIM-10	Nominale
Diagnostics addictologiques actuels	Diagnostic(s) retenus selon codes CIM-10	Nominale
Décès par suicide au cours de l'incarcération	Oui/Non	Binaire
Données carcérales		
Ecrou à Annoeullin en 2021	-	N
Placement au quartier disciplinaire en 2021	Oui/Non	Binaire
Quartier de rattachement en détention	Maison d'arrêt/Centre de détention/Quartier isolement	Ternaire

Annexe 3 – Analyses descriptives univariées

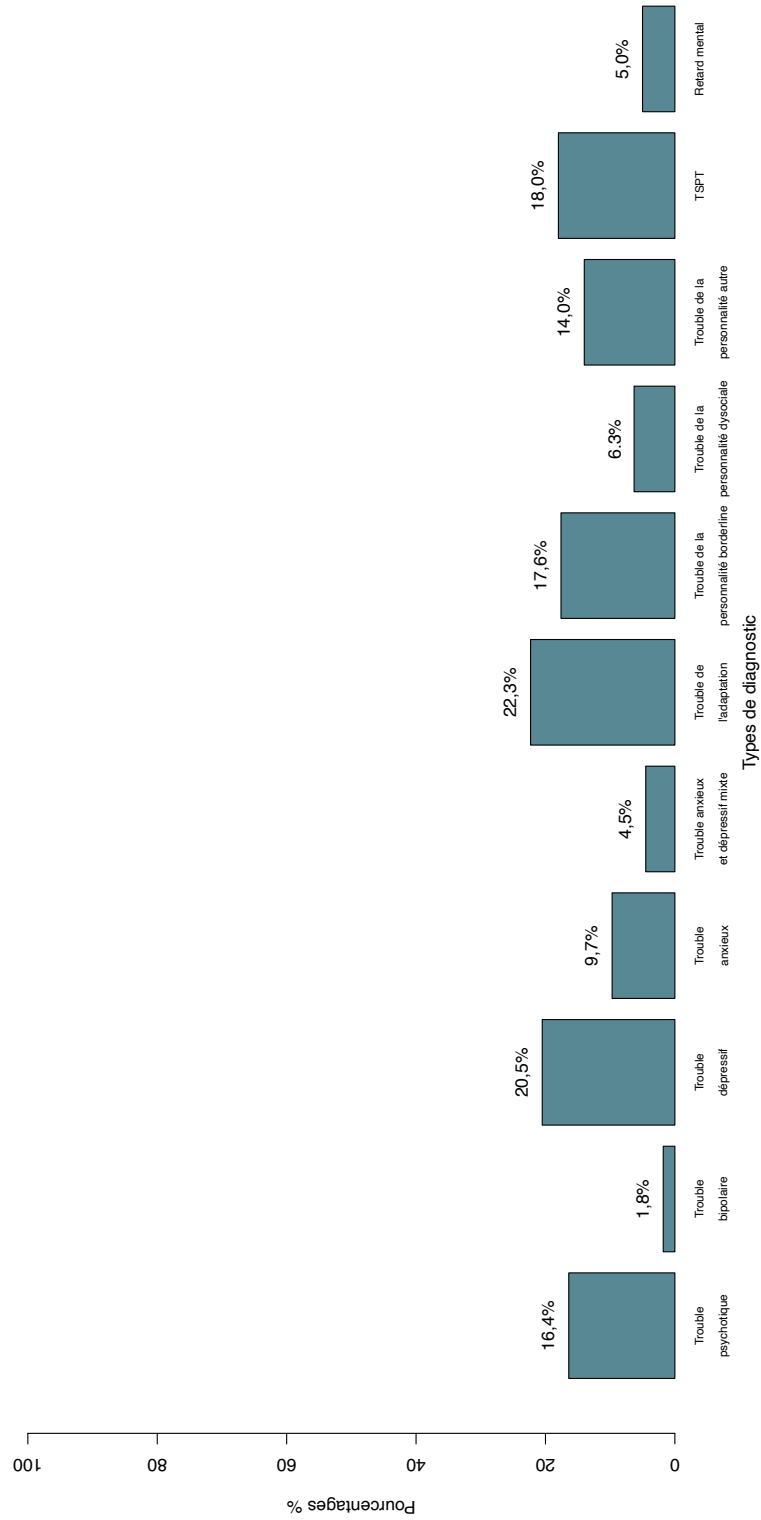
	N	1651
Données sociodémographiques		
Age, moy (sd) <i>Min : 18 ; Max : 81 ; Médiane : 32</i>		34.1 (11.0)
Statut marital, n (%)		
	Célibataire	792 (48.0)
	En couple	582 (35.3)
	NA	277 (16.8)
Etayage familial, n (%)		
	Oui	1056 (64.0)
	Non	320 (19.4)
	NA	275 (16.7)
Enfants, n (%)		
	Oui	701 (42.5)
	Non	672 (40.7)
	NA	278 (16.8)
Nombre d'enfants, moy (sd) <i>Min : 0 ; Max : 9 ; Médiane : 1</i>		1.1 (1.5)
Statut professionnel, n (%)		
	En activité	524 (31.7)
	Sans emploi	850 (51.5)
	NA	277 (16.8)
Antécédents		
Diagnostic psychiatrique, n (%)		
	Oui	444 (26.9)
	Non	1207 (73.1)
Nombre de diagnostics psychiatrique, moy (sd)		1.4 (0.6)
Type(s) de diagnostic(s) psychiatrique(s), n (%) <i>Chez les 444 détenus présentant au moins un diagnostic psychiatrique</i>		
	Trouble psychotique	73 (16.4)
	Trouble bipolaire	8 (1.8)
	Trouble dépressif	91 (20.5)
	Trouble anxieux	43 (9.7)
	Trouble anxieux/dépressif mixte	20 (4.5)
	Trouble de l'adaptation	99 (22.3)
	Trouble de personnalité borderline	78 (17.6)
	Trouble de personnalité dysociale	28 (6.3)
	Trouble de personnalité autre	62 (14.0)
	TSPT	80 (18.0)
	Retard mental	22 (5.0)
Diagnostic addictologique, n (%)		
	Oui	855 (51.8)
	Non	634 (38.4)
	NA	162 (9.8)
Type(s) de diagnostic(s) addictologique(s), n (%) <i>Chez les 855 détenus présentant au moins un diagnostic addictologique</i>		
	Dépendance THC	527 (61.6)
	Dépendance OH	322 (37.7)
	Dépendance BZD	118 (13.8)
	Dépendance opiacés	209 (24.4)
	Dépendance cocaïne	176 (20.6)

	Dépendance NO	7 (0.8)
	Dépendance speed	4 (0.5)
	Dépendance ecstasy	4 (0.5)
	Dépendance kétamine	2 (0.2)
	Dépendance jeux	14 (1.6)
	Trouble d'usage THC	22 (2.6)
	Trouble d'usage OH	39 (4.6)
	Trouble d'usage BZD	17 (2.0)
	Trouble d'usage cocaïne	26 (3.0)
	Trouble d'usage opiacés	4 (0.5)
	Trouble d'usage NO	16 (1.9)
Antécédents auto-agressifs connus, n (%)		
	Oui	299 (18.1)
	Non	1151 (69.7)
	NA	201 (12.2)
Incarcération		
Bâtiment incarcération, n (%)		
	Maison d'arrêt	1342 (81.3)
	Centre de détention	286 (17.3)
	Quartier isolement	23 (1.4)
Passage en QD		
Passage en QD, n (%)		
	Oui	194 (11.8)
	Non	1457 (88.2)
Nombre de passage au QD, moy (sd)		
<i>Min : 1 ; Max : 6 ; Médiane : 1</i>		1.5 (0.9)
Nombre de jours (total) passés au QD, moy (sd)		
<i>Min : 1 ; Max : 154 ; Médiane : 10</i>		17.7 (20.5)
Passage à l'acte au QD, n (%)		
<i>Chez les 194 détenus étant passés au QD</i>		
	Oui	18 (9.3)
	Non	176 (90.7)
Nombre de passage à l'acte au QD, n (%)		
<i>Chez les 18 détenus avec PAA au QD</i>		
	1	12 (66.7)
	2	4 (22.2)
	3	2 (11.1)
Mode(s) de passage à l'acte, n (%)		
<i>Chez les 18 détenus avec PAA au QD</i>		
	IMV	5 (27.8)
	Pendaison	12 (66.7)
	Feu de cellule	3 (16.7)
	Phlébotomie	4 (22.2)
	Ingestion d'objet(s)	2 (11.1)
	Autre mode	0 (0.0)
Détention		
Passage à l'acte en détention, n (%)		
	Oui	55 (3.3)
	Non	1595 (96.6)
	NA	1 (0.1)
Nombre de passage à l'acte en détention, n (%)		
<i>Chez les 55 détenus avec PAA en détention</i>		

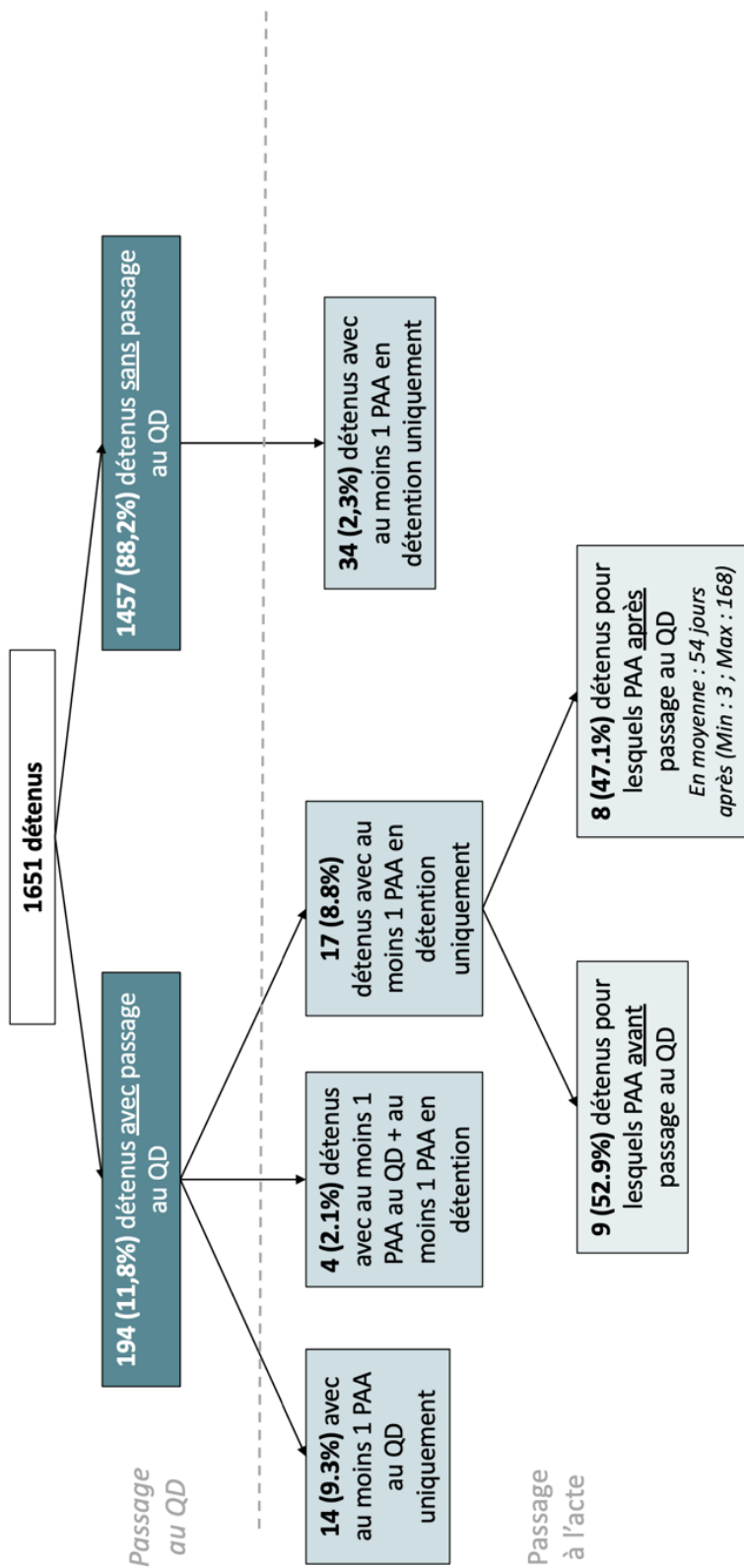
	1	28 (50.9)
	2	13 (23.6)
	3	7 (12.7)
	4	3 (5.5)
	5	2 (3.6)
	16	1 (1.8)
	19	1 (1.8)
Mode(s) de passage à l'acte, n (%)		
<i>Chez les 55 détenus avec PAA en détention</i>		
	IMV	20 (36.4)
	Pendaison	10 (18.2)
	Feu de cellule	5 (9.1)
	Phlébotomie	30 (54.5)
	Ingestion d'objet(s)	8 (14.5)
	Autre mode	4 (7.3)
Décès par suicide, n (%)		
	Oui	4 (0.2)
	Non	65 (3.9)
	NA	1582 (95.8)

Annexe 4 – Prévalence des différentes pathologies psychiatriques présentés par les détenus suivis pour un trouble psychiatrique au Centre Pénitentiaire de Lille-Annœullin.

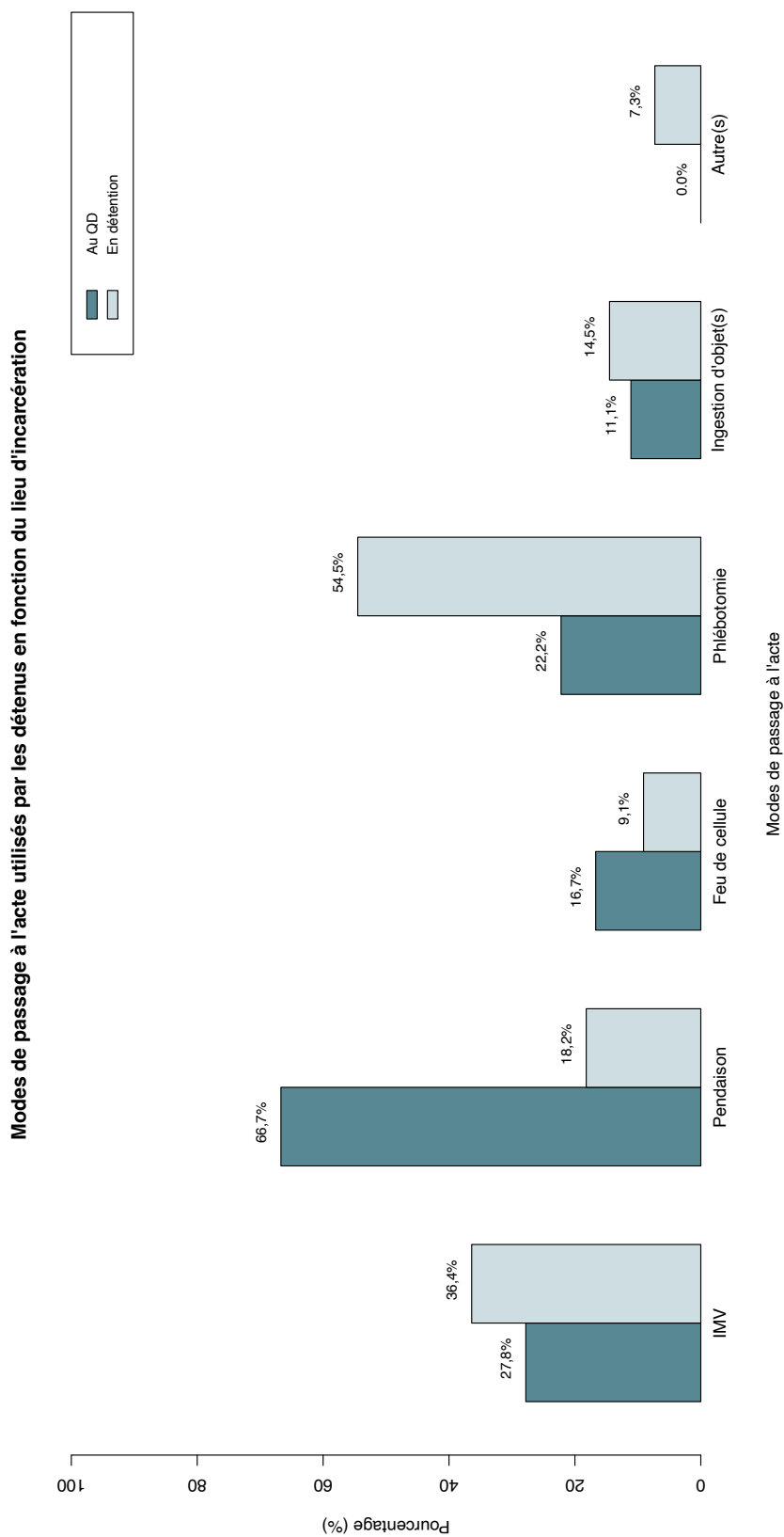
Prévalence des différentes pathologies chez les détenus présentant un diagnostic psychiatrique



Annexe 5 – Passage en QD et risque suicidaire chez les détenus entre le 1^{er} janvier 2021 et le 31 décembre au Centre Pénitentiaire de Lille-Annœullin.



Annexe 6 – Analyse univariée : Mode de passage à l’acte suicidaire utilisés par les détenus en fonction du lieu d’incarcération au Centre Pénitentiaire de Lille-Annœullin.



AUTEUR : Nom : ARNAUD

Prénom : ANNA

Date de soutenance : 26 Septembre 2022

Titre du mémoire : Isolement disciplinaire et risque suicidaire : une étude rétrospective au centre pénitentiaire de Lille-Annœullin

Mémoire de Recherche - Médecine - Lille 2022

Cadre de classement : Psychiatrie

DES + spécialité : Psychiatrie

Mots-clés : Psychiatrie clinique, quartier disciplinaire, prison

Résumé :

Introduction : 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, et une influence de ces derniers sur le déroulement des peines d'incarcération. Il en ressort que les détenus malades seraient plus souvent placés en isolement sécuritaire ou disciplinaire, alors que ce dernier a été identifié comme facteurs de risque suicidaire. Cependant, la majorité de ces études ont été réalisées aux États-Unis et dans les pays du Nord de l'Europe. Il est donc difficile d'extrapoler ces résultats à la France, puisque les conditions de détention y sont très différentes. Nous avons souhaité apporter des connaissances complémentaires sur les liens entre QD et risque suicidaire dans les prisons françaises.

Matériels : Nous avons réalisé une étude observationnelle, analytique, transversale, rétrospective, monocentrique. La population de l'étude était constituée de l'ensemble des détenus écroués au centre pénitentiaire de Lille- Annœullin du 1^{er} janvier 2021 au 31 décembre 2021. L'objectif principal était d'évaluer si le placement au quartier disciplinaire est associé à une augmentation du risque de passage à l'acte suicidaire au moment du placement au QD, et dans les 6 mois suivant ce placement.

Résultats : Les sujets placés au QD étaient significativement plus jeunes que le reste de la détention (29,7 ans vs. 34,7 ans), avaient moins d'enfants (37,4% vs. 52,8%), et étaient moins actifs sur le plan professionnel. Ils présentaient significativement plus de troubles psychiatriques (37,6% vs. 25,5%), plus de troubles addictologiques (67,6% vs. 56,0%), et plus d'antécédents auto-agressifs connus (29,1% vs. 19,5%) par rapport au groupe contrôle. Le nombre de passage à l'acte était statistiquement plus important chez les sujets ayant été placés au QD que chez le reste des détenus (18,1% contre 2,3%, $p < 0,001$). Après régression logistique, nous retrouvons un risque significativement 8,58 fois plus élevé de passage à l'acte suicidaire chez les détenus étants passés au QD (IC 95%, p -value $< 0,001$), indépendamment d'autres facteurs de passage à l'acte en détention, soit : présenter un trouble psychiatrique (OR= 6,62, IC 95%, p -value $< 0,001$) ; présenter un trouble addictologique (OR=3,14, IC 95%, p -value = 0,010) ; présenter un antécédent connu de passage à l'acte auto-agressif (OR= 3,85, IC 95%, p -value $< 0,001$).

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

Composition du Jury :

Pr AMAD A, Pr BENAROUS X, Pr COTTENCIN O, Pr FOVET T, Pr GUILÉ J-M, Pr JARDRI R, Pr JEHEL J-L, Pr MEDJKANE F, Pr NOTREDAME C-E, Pr THOMAS P, Pr VAIVA G.

Directrice de mémoire : Mme le Dr BELET B.