HAL open science

La violence en milieu carcéral : étude des facteurs de risque de passage à l'acte dans une population d'hommes détenus en maison d'arrêt

Margaux Guillotte

▶ To cite this version:

Margaux Guillotte. La violence en milieu carcéral : étude des facteurs de risque de passage à l'acte dans une population d'hommes détenus en maison d'arrêt. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02972825

HAL Id: dumas-02972825

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02972825v1

Submitted on 20 Oct 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Margaux GUILLOTTE

Le 25 octobre 2018

La violence en milieu carcéral : étude des facteurs de risque de passage à l'acte dans une population d'hommes détenus en maison d'arrêt

Directeur de thèse : M. le Docteur Mathieu LACAMBRE

JURY

Président : M. le Professeur Philippe COURTET

Assesseurs : M. le Professeur Eric BACCINO

Mme le Professeur Diane PURPER OUAKIL

M. le Docteur Mathieu LACAMBRE

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Margaux GUILLOTTE

Le 25 octobre 2018

La violence en milieu carcéral : étude des facteurs de risque de passage à l'acte dans une population d'hommes détenus en maison d'arrêt

Directeur de thèse : M. le Docteur Mathieu LACAMBRE

JURY

Président : M. le Professeur Philippe COURTET

Assesseurs : M. le Professeur Eric BACCINO

Mme le Professeur Diane PURPER OUAKIL

M. le Docteur Mathieu LACAMBRE

Université de Montpellier
FACULTÉ de MÉDECINE
Montpellier-Nîmes

ANNEE UNIVERSITAIRE 2017 - 2018

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves
ALRIC Robert
ARNAUD Bernard
ASTRUC Jacques
AUSSILLOUX Charles
AVEROUS Michel
AYRAL Guy
BAILLAT Xavier
BALDET Pierre
BALDY-MOULINIER Michel
BALMES Jean-Louis
BALMES Pierre
BANSARD Nicole
BAYLET René
BILLIARD Michel
BLARD Jean-Marie
BLAYAC Jean Pierre
BLOTMAN Francis
BONNEL François
BOUDET Charles
BOURGEOIS Jean-Marie
BRUEL Jean Michel
BUREAU Jean-Paul
BRUNEL Michel
CALLIS Albert
CANAUD Bernard
CASTELNAU Didier
CHAPTAL Paul-André
CIURANA Albert-Jean
CLOT Jacques
D'ATHIS Françoise
DEMAILLE Jacques
DESCOMPS Bernard
DIMEGLIO Alain
DU CAILAR Jacques
DUBOIS Jean Bernard
DUMAS Robert
DUMAZER Romain
ECHENNE Bernard
FABRE Serge
FREREBEAU Philippe
GALIFER René Benoît
GODLEWSKI Guilhem
GRASSET Daniel
GROLLEAU-RAOUX Robert
GUILHOU Jean-Jacques
HERTAULT Jean
HUMEAU Claude
JAFFIOL Claude
JANBON Charles
JANBON François
JARRY Daniel
JOYEUX Henri
LAFFARGUE François
LALLEMANT Jean Gabriel
LAMARQUE Jean-Louis
LAPEYRIE Henri
LESBROS Daniel
LOPEZ François Michel
LORIOT Jean
LOUBATIERES Marie Madeleine
MAGNAN DE BORNIER Bernard
MARY Henri
MATHIEU-DAUDE Pierre
MEYNADIER Jean
MICHEL François-Bernard
MICHEL Henri
MION Charles
MION Henri
MIRO Luis
NAVARRO Maurice
NAVRATIL Henri
OTHONIEL Jacques
PAGES Michel
PEGURET Claude
POUGET Régis
PUECH Paul
PUJOL Henri
PUJOL Rémy
RABISCHONG Pierre
RAMUZ Michel
RIEU Daniel
RIOUX Jean-Antoine
ROCHEFORT Henri
ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
SAINT AUBERT Bernard
SANCHO-GARNIER Hélène
SANY Jacques
SENAC Jean-Paul
SERRE Arlette
SIMON Lucien
SOLASSOL Claude
THEVENET André
VIDAL Jacques
VISIER Jean Pierre

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude
BLANC François
BOULENGER Jean-Philippe
BOURREL Gérard
BRINGER Jacques
CLAUSTRES Mireille
DAURES Jean-Pierre
DAUZAT Michel
DEDET Jean-Pierre
ELEDJAM Jean-Jacques
GUERRIER Bernard
JOURDAN Jacques
MAURY Michèle
MILLAT Bertrand
MARES Pierre
MONNIER Louis
PRAT Dominique
PRATLONG Francine
PREFAUT Christian
PUJOL Rémy
ROSSI Michel
SULTAN Charles
TOUCHON Jacques
VOISIN Michel
ZANCA Michel

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie
BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation
COMBE Bernard - Rhumatologie
COSTA Pierre - Urologie
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile
COUBES Philippe - Neurochirurgie
CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire
DAVY Jean Marc - Cardiologie
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation
DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale
DUFFAU Hugues - Neurochirurgie
DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
ELIAOU Jean François - Immunologie
FABRE Jean Michel - Chirurgie générale
GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie
HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation
JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d'urgence
JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire
LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention
LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation
LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MAUDELONDE Thierry - Biologie cellulaire
MERCIER Jacques - Physiologie
MESSNER Patrick - Cardiologie
MOURAD Georges-Néphrologie
PELISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation
RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation
ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie
SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion
TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale
UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie
VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1re classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion
AVIGNON Antoine-Nutrition
AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria- Pédopsychiatrie ; addictologie

BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric-Chirurgie digestive
BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles -Pédiatrie
CAMU William-Neurologie
CANOVAS François-Anatomie
CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion
CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal-Anesthésiologie-réanimation
CORBEAU Pierre-Immunologie
COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
COURTET Philippe-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation
DAUVILLIERS Yves-Physiologie
DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEMOLY Pascal-Pneumologie ; addictologie
DEREURE Olivier-Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane -Urologie
DUCROS Anne-Neurologie -
FRAPIER Jean-Marc-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence
KOENIG Michel-Génétique moléculaire
LABAUGE Pierre- Neurologie
LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie
LECLERCQ Florence-Cardiologie
LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan -Physiologie
MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie
MONDAIN Michel-Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis-Pédiatrie
NAVARRO Francis-Chirurgie générale
PAGEAUX Georges-Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie
PUJOL Pascal-Biologie cellulaire
PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie
QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TOUITOU Isabelle-Génétique
TRAN Tu-Anh-Pédiatrie
VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie
CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire
CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CAPTIER Guillaume-Anatomie
CAYLA Guillaume-Cardiologie
CHANQUES Gérald-Anesthésiologie-réanimation
COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale

COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation
DAIEN Vincent-Ophtalmologie
DE VOS John-Cytologie et histologie
DORANDEU Anne-Médecine légale -
DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud -Oto-rhino-laryngologie
GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie
GENEVIEVE David-Génétique
GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -
GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice-Physiologie
HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie
JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie
JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence
KALFA Nicolas-Chirurgie infantile
KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie
LAVIGNE Jean-Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric-Rhumatologie
MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olvier-Néphrologie
MOREL Jacques -Rhumatologie
NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NOCCA David-Chirurgie digestive
PANARO Fabrizio-Chirurgie générale
PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie
POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PRUDHOMME Michel-Anatomie
RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François-Pédiatrie
ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François-Cardiologie
SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation
SEGNARBIEUX François-Neurochirurgie
SIRVENT Nicolas-Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire
SULTAN Ariane-Nutrition
THOUVENOT Éric-Neurologie
THURET Rodolphe-Urologie
VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max-Ophtalmologie
VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry-Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1re classe :
COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2ème classe :
LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire
VISIER Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1re classe :
LAMBERT Philippe

2ème classe :
AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

DAVID Michel
RAMBAUD Jacques

PROFESSEUR ASSOCIE - Médecine

BESSIS Didier - Dermato-vénéréologie)
PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe
CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique
CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie
PUJOL Joseph-Anatomie
RAMOS Jeanne-Anatomie et cytologie pathologiques
RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie
RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie
SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
STOEBNER Pierre -Dermato-vénéréologie

MCU-PH de 1re classe
ALLARDET-SERVENT Annick-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire
BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire
BOULLE Nathalie-Biologie cellulaire
BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie
BRET Caroline -Hématologie biologique
COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire
GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie
GIANSILY-BLAIZOT Muriel-Hématologie ; transfusion
GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion
LE QUINTREC Moglie-Néphrologie
MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie
MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine-Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie
STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie
TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MCU-PH de 2éme classe
BERTRAND Martin-Anatomie

BRUN Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
DU THANH Aurélie-Dermato-vénéréologie
GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire
GOUZI Farès-Physiologie
JEZIORSKI Éric-Pédiatrie
KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire
LESAGE François-Xavier-Médecine et Santé au Travail
MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale
COSTA David
FOLCO-LOGNOS Béatrice

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale
CLARY Bernard
GARCIA Marc
MILLION Elodie
PAVAGEAU Sylvain
REBOUL Marie-Catherine
SEGURET Pierre

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine - Neurosciences
BERNEX Florence - Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé
CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire
DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINE Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences
MOUTOT Gilles - Philosophie
PASSERIEUX Emilie - Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie - Histologie
TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie
BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
FAILLIE Jean-Luc-
Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique
HERLIN Christian -Chirurgie plastique ; reconstructrice et esthétique ; brûlologie
HERRERO Astrid-Chirurgie générale
PANTEL Alix-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie-Thérapeutique, médecine d'urgence ; addictologie
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

REMERCIEMENTS

Au Professeur Philippe Courtet,
Vous me faites l'honneur de présider ce jury et de juger mon travail. Soyez assurés de la profonde admiration que j'ai pour votre carrière. Je tiens à vous remercier pour le soutien apporté tout au long de ce projet. J'ai eu la chance d'effectuer au cours de mon internat deux stages au sein de de votre pôle, qui furent enrichissants et formateurs. Je vous témoigne ici ma reconnaissance pour cet enseignement.

Au Docteur Mathieu Lacambre,
Je te remercie d'avoir accepté de diriger mon travail de thèse. J'en suis très honorée. Merci pour la qualité et la clarté de ton enseignement en psychiatrie légale. Ton engagement et tes convictions sont extraordinaires et tu sais tirer le meilleur de chacun, j'ai une grande admiration pour ton travail. Tu m'as permis de devenir la psychiatre que je suis, en me transmettant ta rigueur et ton professionnalisme. Merci pour ta disponibilité et ton engagement dans mes recherches. Sois assuré de mon profond respect, de mon admiration et de ma reconnaissance.

Au Professeur Eric Baccino,
Vous me faites l'honneur de participer à ce jury, soyez assuré de ma profonde admiration pour votre travail. J'ai eu le privilège de travailler dans votre service et cela a été l'occasion d'une révélation pour l'orientation médico-légale que j'ai voulu donner à mon parcours. J'ai énormément appris à vos côtés et j'ai pu constater la rigueur et la précision de votre exercice médical.

Au Professeur Diane Purper-Ouakil,
Je suis très touchée que vous ayez accepté de participer à mon jury de thèse et je vous en remercie. J'ai eu l'occasion, en travaillant dans votre service, de bénéficier de vos conseils précieux, de vos compétences de clinicienne et de vos qualités humaines. Vous êtes une source d'inspiration dans ma façon d'exercer la psychiatrie. Soyez assurée de mon admiration et de mon profond respect.

Aux contributeurs de cette étude :
L'équipe de la maison d'arrêt de Villeneuve les Maguelone, notamment Magali Rubio, Laura Barbaray, Cécile Jubine, Nelly Etcheverry, Dr Stephane Bonnet, Yannis Abdelkrim.
L'équipe de l'INSERM : Séverine Beziat, Isabelle Jaussent, Catherine Genty, merci pour votre disponibilité et votre patience.

Aux médecins qui ont marqué mon parcours,

Au Docteur Radu Florea
Merci pour ces 6 mois au sein du service des urgences, qui fut un des stages les plus marquants pour moi. J'ai appris énormément à tes côtés, j'admire beaucoup ton travail, et ton sens clinique inégalé, sans compter tes talents de cuisinier ;)

Au Docteur Sabrina Mansard
Pour mes débuts d'interne dans ton unité, où tu as été une chef en or ; j'ai appris toutes les bases à tes côtés, qui font aujourd'hui mon cœur de psychiatre. Je suis reconnaissante de tout ce que tu m'as apporté, ton professionnalisme, ton soutien, ta disponibilité, ton humour. Merci pour tout.

Au Docteur Françoise Causse-Versaveau
Pour ce stage à tes côtés dans un service qui m'a tant apporté. J'ai une grande admiration pour ton parcours, et tes qualités de psychiatre. Tu es pour moi une source d'inspiration de tous les instants dans ta façon d'exercer la psychiatrie, j'admire ton écoute et ta parole toujours douce et confiante. Ton sens humain et tes compétences d'expert sont pour moi un exemple. Je te remercie pour la confiance que tu m'as donnée et le savoir que tu m'as transmis.

Au Docteur Bonnet, pour m'avoir si bien accompagné lors de mon semestre, quel honneur d'être ta « quasi » première interne ! Un semestre à l'USIP où tu as été un modèle pour moi, un vrai soutien et une très belle rencontre humaine et professionnelle.

Au Docteur Derijard,
J'ai été très fière d'être ta première interne et je garde un souvenir mémorable de mon année en pédopsychiatrie grâce à toi, les réunions d'équipe à l'UDS et nos débriefings ensuite.

A mes chefs des urgences et lors des gardes à Lapeyronie, tout particulièrement aux Dr Céline Baïs, Marie Brittner et Céline Floret, merci d'avoir été des guides et des amies pour moi,

Au Docteur Magali Bodon-Bruzel, pour m'avoir si bien accueillie pour mon dernier semestre au sein de votre pôle. Je suis très admirative de votre parcours et de votre expérience en psychiatrie légale, et vous adresse ma reconnaissance pour l'enseignement que j'ai reçu au sein de votre pôle.

Au Docteur Diane de Labrouhe, merci pour ce semestre à tes côtés à l'unité 3, ton soutien, nos échanges, ta disponibilité, et ta relecture attentive.

Au Docteur Abbar, pour m'avoir accueillie au sein de votre pôle lors de mon premier semestre, ce fut un honneur de travailler au sein de votre service.

A ma famille,
A mes parents,
Pour l'amour que vous m'avez donné. Vous êtes mes piliers, vous m'avez donné l'envie de vous rendre fiers. Je vous remercie pour les valeurs que vous m'avez transmises. Mon parcours en médecine n'aurait pas été aussi simple sans vous, vous m'avez soutenue depuis le premier jour, et on sait que certaines années ont été difficiles. C'est vous qui m'avez offert la possibilité de toujours suivre mes envies, en m'encourageant à chaque étape. Je vous dédie ce travail.

A Anaïs, ma sœur, pour m'avoir toujours soutenue, avoir cru en moi, être un modèle pour moi depuis toujours. Tu m'as poussée à y croire jusqu'au bout. Merci pour tous tes conseils, ta relecture attentive, ton aide précieuse dans mes moments d'incertitude.

A mes grands-parents, Claudie et Georges, partis trop tôt. Vous étiez si fiers de mon entrée en médecine, j'aurais aimé que vous puissiez me voir devenir docteur. Vous m'avez transmis d'inestimables valeurs et le sens de la famille.
A ma grand-mère, Nicole, une femme de caractère, dont j'ai hérité certains traits de personnalité (!). J'espère que tu es fière de ce que j'ai accompli. Merci pour l'amour inconditionnel que tu m'as porté, tu restes à jamais dans mon cœur.

A mes oncles et tantes, Patrick, Denise, Didier, Alain, Murielle, Pascal,
Ma tante Béa, pour m'avoir toujours soutenue et avoir cru en moi, pour l'amour que tu me portes, et ton inconditionnelle présence dans nos vies malgré la distance.
Mes cousins, Eric, Florian, Maxime,

Ma Justine, bien plus qu'une cousine, tant de souvenirs en commun, et de références qui ne font rire que nous ;) Merci de m'apporter autant.
Mes cousines réunionnaises, Kenza et Clémentine, qui me manquent beaucoup.

A Laurie, mon soutien sans faille, tu as cru en moi de façon inconditionnelle, et tu as toujours été là pour me pousser à avancer quand je doutais. Merci pour tout ce que tu m'apportes.
A Deb, ma plus belle rencontre de l'internat. Merci pour ton soutien dans les moments difficiles, ta présence et ton écoute. Tu es une amie en or pour moi, et indispensable à mon équilibre. A tout ce qu'on a vécu et le reste des aventures à venir ;) Bref, on adore !
A Ali, mon lyonnais favori, mon évidence, l'internat n'aurait pas été le même sans toi. A nos fous rires, nos disputes de sales caractères, nos câlins de réconciliation !Merci d'être entré dans ma vie,
A Suzanne, ma coloc de folie, mais surtout notre amitié si importante pour moi et notre complicité inégalable,
A mes nîmoises préférées, Marine, Camille, Ouahida, mes coups de cœur de Carémeau, à ce premier semestre qui a soudé notre amitié pour la vie.

A mes amis montpelliérains,
A Nadia, tellement fière d'avoir été ta première interne lors de ce semestre aux urgences, et désormais une belle amitié,
A Nico, mon co-interne de folie aux urgences, j'ai passé un semestre mémorable avec toi, je suis persuadée qu'on restera le meilleur binôme des urgences ;)
A Loïc T, guide spirituel et à nos discussions interminables toujours passionnantes ;
A Loïc B, mon bijou, notre semestre en ML si marquant, qui a été l'occasion d'apprendre à mieux te connaitre. Tu es une très belle rencontre.
A Emmanuelle, ma bobo préférée,
A ma Carole, mon soleil, merci pour ta bienveillance et ton enthousiasme à toute épreuve,
A Audrey, notre coloc à Thuir et depuis une belle amitié et tant de fous rires !
A Marina, ma jolie découverte et nos débriefings de vie (!),
A Hicham, Clémentine, Estelle, mes ex-colocs et amis,
A Bruno, Dimitri, Marie G, Lucile M, Mathilde, Caro, Thibault, Estelle M, Yann, Guillaume J, Chloé, Myrtille, Lucile V, Mathieu, Florence, de belles rencontres pendant cet internat,

A ma promo, je sais que l'on sera les meilleurs médecins possibles,
A mes amis de Rouen,
Anne-so, depuis le lycée, et depuis une amitié inégalable, merci pour ton soutien, et tout ce que tu m'apportes.
Mélodie, mon amie d'enfance, merci d'être toujours là.
Justine et Agathe, une amitié indéfectible,
Solène, Arthur, Julia, mes amis de longue date,
A Bettina, merci pour cette belle amitié malgré la distance,
A mes amis parisiens, Soraya, Lucie, Avicenne (qui m'a fait danser la salsa pendant une garde !), avec qui j'ai eu le plaisir de terminer mon internat,

Aux équipes soignantes des services où j'ai travaillé,
L'équipe de l'UTT à Nîmes, pour m'avoir si bien accueillie pour mon premier semestre (mention spéciale à Katia, William et Gébril)
L'équipe du SMPR de Perpignan (en particulier les 2 Karine) ;
Aux infirmières et secrétaires de médecine légale,
L'équipe des urgences psy,
A l'équipe de l'UDS qui a assisté à mes premiers pas en pédopsychiatrie;
Aux adorables secrétaires de St Eloi, Agnès, Angèle, Sylvie,
L'équipe de la maison d'arrêt de Villeneuve les Maguelone,

A l'équipe de l'USIP bien sûr, Yann, Laurence, Amel, Marine, Lucie, l'équipe IDE (mention spéciale à Jonathan)
L'équipe de l'UHSA Paul Verlaine à Villejuif, merci pour votre accueil bienveillant.

A tous les patients dont j'ai croisé la route, que j'ai vu en consultation, en service, que j'ai suivi…
Vous me montrez chaque jour que j'ai choisi le plus beau métier du monde.

SOMMAIRE

ABREVIATIONS **14**

I INTRODUCTION **16**

II ENJEU DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES EN MILIEU CARCERAL **18**

2.1 Surreprésentation des troubles psychiatriques 18
2.2 Troubles psychiatriques et comportements violents : des liens complexes 21
2.3 Vers une psychiatrisation du milieu carcéral ? 23
2.4 Prise en charge des troubles psychiatriques dans le système pénitentiaire français 26

III COMPORTEMENTS VIOLENTS EN MILIEU CARCERAL **29**

3.1 Caractéristiques dynamiques de la population carcérale française 29
3.2 Passages à l'acte auto-agressifs et suicide en détention 30
3.2.1 Etat des lieux 30
3.2.2 Facteurs de risque 33
3.3 Passages à l'acte hétéro-agressifs en détention 36
3.3.1 Etat des lieux 36
3.3.2 Facteurs de risque 38
3.4 Continuum violence subie/agie 41
3.5 Impact de la surpopulation carcérale 42
3.6 Prévention de la violence en prison : des lacunes 44

IV ETUDE DES FACTEURS DE RISQUE DE PASSAGE A L'ACTE VIOLENT EN MILIEU CARCERAL A PARTIR D'UNE POPULATION DE DETENUS DE LA MAISON D'ARRET DE VILLENEUVE LES MAGUELONE **46**

4.1 Situation du sujet et justificatif de l'étude 46
4.2 Matériel et méthode 48
4.2.1 Hypothèse 48
4.2.2 Objectifs 48
4.2.3 Critères de jugement 48
4.2.4 Design de l'étude 48
4.2.5 Population 48
4.2.6 Protocole 49
4.2.7 Analyses statistiques 51
4.3 Résultats 52
4.3.1 Analyse descriptive de la population 52
4.3.2 Analyses univariée et multivariée 59
4.4 Discussion 65
4.4.1 Discussion des résultats 65
4.4.3 Apport et perspectives 68
4.4.2 Limites de l'étude 68

V CONCLUSION **69**

VI BIBLIOGRAPHIE **70**

ABREVIATIONS

CIM-10	: Classification internationale des maladies
CGLPL	: Contrôleur général des lieux de privation de liberté
DAP	: Direction de l'administration pénitentiaire
DSM	: Diagnostic and statistical manual of mental disorders
DSP	: Dispositif de soins psychiatriques
HAS	: Haute autorité de santé
IC	: Intervalle de confiance (à 95%)
INSERM	: Institut national de la santé et de la recherche médicale
MINI	: Mini International Neuropsychiatric Interview
OMS	: Organisation mondiale de la santé
ONG	: Organisation non gouvernementale
OR	: Odds ratio
QD	: Quartier disciplinaire
SPDRE	: Soins psychiatriques à la demande du représentant de l'Etat
SMPR	: Service médico-psychologique régional
SPIP	: Service pénitentiaire d'insertion et de probation
US	: Unité sanitaire (ex UCSA)
USIP	: Unité de soins intensifs psychiatriques
UHSA	: Unité hospitalière spécialement aménagée

« C'est dans les prisons que l'idée de liberté prend le plus de force et peut-être ceux qui enferment les autres dedans risquent-ils de s'enfermer dehors »

Jean Cocteau

I INTRODUCTION

La violence fait partie intégrante du milieu carcéral, la privation de liberté alliée à un dispositif sécuritaire constituant en soi une forme de violence.

La violence est l'acte par lequel s'exerce la force, qu'elle soit physique ou morale. Elle est définie comme telle par l'OMS : « l 'usage délibéré ou la menace d'usage délibéré de la force physique ou de la puissance contre soi-même, contre une autre personne ou contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque d'entraîner un traumatisme, un décès, un dommage moral, un mal- développement ou une carence ».

Dans son rapport de 2016, le contrôleur général des lieux de privation de liberté mettait en lumière un accroissement des phénomènes de violences dans les établissements pénitentiaires visités (1). Ces comportements violents sont fréquents et entrainent des conséquences notables tant sur le plan médical qu'économique (blessures, décès, handicap, arrêts de travail, grève des surveillants, dégradation des locaux…). Les agressions de surveillants par des détenus font régulièrement parler d'elles, ce qui renforce l'image répandue dans l'opinion publique d'un monde clos où la violence règne en maître.

Ce phénomène violent adopte différentes formes : violence physique (automutilations, scarifications, agression, tentative de suicide, suicide), psychologique (harcèlement, brimades, insultes, menaces), sexuelle (exhibition, agression, viol), violence entre détenus, contre les surveillants, contre soi-même. Ces passages à l'acte peuvent également conduire dans les cas extrêmes au décès (suicide, homicide).

De fait, la prévention des violences en prison est aujourd'hui loin d'être optimale : on constate plus de 8000 agressions entre personnes détenues par an en France et plus de 4000 agressions physiques contre le personnel pénitentiaire. Une centaine de suicides en prison est comptabilisée par an et on a recensé 19 homicides depuis 2011(2).

D'autre part, les études montrent une augmentation des troubles psychiatriques chez les individus incarcérés par rapport à la population générale. En France, on estime que lorsqu'une personne souffre d'une maladie psychiatrique, le risque d'être incarcéré est multiplié par 6. Or, certains troubles psychiatriques favorisent les passages à l'acte violents (3).

Dans la littérature, très peu d'études ont été conduites en France au sujet des passages à l'acte hétéro-agressifs en détention, la majorité s'intéressant à la suicidalité en prison. Aucune n'a conduit jusqu'ici à repérer des « profils » psycho-criminologiques d'individus susceptibles de passer à l'acte de façon violente durant leur incarcération. Notre objectif sera donc d'étudier les facteurs de risques psychiatriques, mais aussi sociodémographiques et judiciaires des

comportements violents survenant dans les douze mois suivant l'entrée en détention, afin de mieux prévenir leur apparition dès l'entrée en adaptant la prise en charge de ces détenus en amont.

Notre étude concernera une population d'hommes incarcérés en maison d'arrêt, un type d'établissement pénitentiaire qui se distingue nettement des autres. Ces établissements accueillent d'une part les individus non encore jugés et placés en détention provisoire, qui constituent environ 30% de la population détenue ; et d'autre part, les personnes condamnées à des peines d'emprisonnement n'excédant pas deux ans. Les personnes détenues en maison d'arrêt constituent, à elles seules, 70% de la population carcérale française (4). Par convention, nous nommerons dans ce travail les personnes placées en détention provisoire, les « prévenus ».

Après un état des lieux de la littérature sur la question des troubles psychiatriques et des comportements violents en milieu carcéral, nous exposerons les résultats d'une étude menée auprès de détenus entrants au sein de la maison d'arrêt de Villeneuve-lès-Maguelone (Hérault), en 2012, précisant les facteurs de risque de passage à l'acte violent en détention, présents dès l'entrée en prison.

II ENJEU DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES EN MILIEU CARCERAL

2.1 Surreprésentation des troubles psychiatriques

L'ensemble des études menées dans les prisons françaises ont montré que la santé des personnes incarcérées était plus altérée que celle de la population générale(5).

Dans son récent article du Lancet Psychiatry, Thomas Fovet rappelle que le nombre de détenus atteints de troubles psychiatriques a augmenté de façon exponentielle en France sur les dix dernières années(6). Les pathologies psychiatriques en milieu pénitentiaire forment un ensemble hétérogène, entre troubles préexistant à l'incarcération, pathologies déclenchées par le stress de la détention chez des sujets présentant un terrain vulnérable, et véritables troubles réactionnels à la détention.

Tous les diagnostics sont représentés : troubles de l'humeur, troubles psychotiques, troubles de la personnalité, addictions, trouble de stress post-traumatique, troubles anxieux.
On estime que plus de la moitié des personnes détenues ont un antécédent de trouble psychiatrique et qu'un suivi psychiatrique est préconisé pour la moitié des entrants en prison.
Ces détenus souffrant de troubles psychiatriques sont fréquemment stigmatisés, ont un accès largement restreint au travail, et sont plus souvent victimes de maltraitances ou de violences physiques (7).

Aucune surveillance épidémiologique de l'état de santé de la population détenue n'a pu être instaurée jusqu'à présent en France, entraînant une pénurie de données sur les pathologies psychiatriques en détention. Seules des études ponctuelles ont permis de mesurer la prévalence des troubles psychiatriques(8).

L'étude de prévalence sur la santé mentale dans les prisons françaises, publiée en 2004 par Duburcq (8), à partir de 450 détenus, conclut aux résultats suivants en maison d'arrêt. Plus de 80% des détenus présentent au moins un trouble psychiatrique actuel. Le plus gros contingent concerne les troubles anxio-dépressifs : 26% présentent un trouble dépressif majeur sans caractéristiques psychotiques, 30.2% présentent une anxiété généralisée ; 38,4% sont à risque suicidaire. Les addictions sont également surreprésentées, 17.3% des détenus présentant une dépendance à

l'alcool et 20.9% à des substances psychoactives. Enfin, 17.6% d'entre eux présentent un syndrome psychotique, soit un taux plus de 15 fois supérieur au taux de personnes souffrant de schizophrénie en France (de l'ordre de 1%). Enfin, on retrouve une faible proportion de trouble bipolaire (1.6%).

La dernière étude réalisée en France sur la santé mentale dans les prisons françaises est celle conduite en 2006 par Bruno Falissard. Elle porte sur un échantillon de 800 hommes incarcérés au sein de 20 établissements pénitentiaires français(9). Les diagnostics ont été établis à partir des critères du Manuel statistiques et diagnostique des troubles mentaux (DSM-IV), à l'aide du MINI, un questionnaire standardisé.

Tableau 1 : Prévalences estimées des troubles psychiatriques d'après le MINI

	Prévalence
Troubles de l'humeur	28.6
Episode dépressif caractérisé	22.9
Trouble bipolaire type I ou II (vie entière)	1.3
Episode maniaque/hypomaniaque	4.2
Troubles anxieux	24.0
Trouble de l'usage de substances	14.1
Dépendance à l'alcool	8.7
Dépendance aux substances	8.9
Troubles psychotiques	17.3
Schizophrénie	11.9

D'après Falissard et al. (9)

Les résultats montrent que 8 détenus sur 10 souffriraient d'au moins un trouble psychiatrique. 36% des sujets de l'étude présentent un trouble psychiatrique de gravité « marquée » à « sévère » On y retrouve une prévalence de 17% de troubles psychotiques dont 11% de schizophrénie, et près de 29% de troubles de l'humeur dont 17.9% d'épisode dépressif caractérisé. Les addictions concernent 14% des détenus.

Des travaux supplémentaires sur cette même cohorte ont pu montrer par la suite la fréquence particulièrement importante des troubles addictifs et celle du « double diagnostic » (trouble

psychiatrique associé à un trouble addictif), identifié chez 26.3% des détenus et également associé à un risque suicidaire élevé.

Au niveau mondial, les méta-analyses du Pr Seena Fazel font autorité. La dernière de grande ampleur réalisée en 2012 à partir de 109 études internationales, portant sur près de 33000 détenus, a mis en évidence une prévalence de troubles psychotiques de 3.6% chez les détenus hommes et de 3.9% chez les femmes ; 10.2% des détenus hommes souffrent de trouble dépressif majeur (10).

Tableau 2 : Prévalence des troubles psychiatriques en prison dans le monde

	Hommes		Femmes	
	Prévalence	IC 95%	Prévalence	IC 95%
Trouble psychotique	3.6	(3,2-4,1)	3.9	(2,7-5,0)
Trouble dépressif caractérisé	10.2	(8,8-11,7)	14.1	(10,2-18,1)
Mésusage d'alcool	18-30		10-24	
Mésusage de substances	10-48		30-60	

D'après Fazel et al.(11)

Une étude conduite par la DREES[1] en 2001 dans tous les SMPR(12), sur 2302 arrivants, rapporte 55% d'entre eux présentaient au moins un trouble psychiatrique à l'entrée, dont 34% un trouble de la personnalité, 8% un trouble psychotique, 7% un trouble de l'humeur, et 12% un trouble anxieux.

Les troubles de la personnalité ont des prévalences estimées entre 7 et 10% dans les études se basant sur des diagnostics cliniques, et leur prévalence atteint 65% lorsque des instruments diagnostics sont utilisés(11). Le trouble de la personnalité antisociale et le trouble de personnalité borderline sont les plus fréquemment retrouvés chez les détenus. La prévalence du trouble de personnalité antisociale peut atteindre 30% dans certaines études.

Moins étudié, le trouble déficit de l'attention/hyperactivité, a pourtant été mis en évidence chez 11% des détenus dans une étude portant sur une population carcérale âgée de 18 à 35 ans, dans la maison d'arrêt de Bordeaux-Gradignan(13).

[1] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

La littérature met donc en évidence la prévalence majeure des troubles psychiatriques et des addictions en milieu carcéral, qui semble s'être renforcée au fil des années. Afin d'appréhender le phénomène violent en prison, il convient donc d'analyser l'influence des troubles psychiatriques sur les passages à l'acte violents.

2.2 Troubles psychiatriques et comportements violents : des liens complexes

Le lien entre maladie mentale et violence constitue historiquement un sujet d'étude majeur en psychiatrie.
Dans les années 1980, dans un contexte de désinstitutionalisation et dans le but d'atténuer la stigmatisation des malades mentaux et la peur du grand public, de nombreuses études ont conclu que ceux-ci n'étaient pas plus violents que la population générale (14). Les comportements violents étaient alors plus attribuables aux consommations de toxiques (alcool et autres drogues) qu'à la pathologie mentale en elle-même. Par la suite, dès les années 1990, les chercheurs ont affiné l'analyse des liens entre maladie mentale et comportements violents. Ceux-ci sont en réalité complexes, et ne peuvent se résumer à un lien de causalité directe.
En pratique, il faut aborder ce sujet avec précautions, et se garder de tout amalgame en évitant à la fois la tendance à la « criminalisation des malades mentaux » (ils sont tous dangereux pour la société) ; mais également à la « psychiatrisation des criminels » (ils sont tous malades mentaux).

Les études et méta-analyses récentes(3,9,15,16) précisent en effet que l'association entre troubles mentaux et comportements violents existe, mais qu'elle est multifactorielle et renforcée par les comorbidités et l'environnement dans lequel évolue le sujet.
Comme le souligne l'audition publique de la HAS de 2007 portant sur la dangerosité psychiatrique, les comportements de violence hétéro-agressive ne concernent qu'une minorité d'individus souffrant de troubles mentaux, et ceux-ci en sont beaucoup plus fréquemment les victimes. (3)
Même si de nombreuses études mettent en évidence une association entre troubles mentaux et actes de violence envers autrui, il est estimé que les personnes souffrant de troubles mentaux représentent seulement 3 à 5% des auteurs d'actes de violence en général(3). Entre 85 et 95% des comportements violents sont le fait de sujets indemnes de troubles mentaux graves (troubles schizophréniques, troubles de l'humeur).

D'après l'audition publique de la HAS, les facteurs de risque sociodémographiques de violence hétéro-agressive chez les patients souffrant de schizophrénie ou de troubles de l'humeur, sont les

même qu'en population générale : âge jeune (moins de 30 ans), sexe masculin, faible niveau socio-économique, faible niveau d'études(3). Au niveau des antécédents, on retrouve souvent la notion d'abus sexuels ou de victimisation dans l'enfance et à l'âge adulte, de trouble des conduites à l'adolescence, de comportements violents, de comorbidité psychiatrique.
L'association entre trouble mental grave et violence est nettement exacerbée par la comorbidité d'abus d'alcool ou de substance psycho active.
Les comorbidités qui sont les plus associées au risque de violence sont notamment l'abus de substance psychoactive et le trouble de la personnalité antisociale. Le risque de violence est ainsi multiplié par trois chez les patients schizophrènes consommant des substances psychoactives par rapport aux patients schizophrènes sans comorbidités.
Les facteurs de risque de violence plus spécifiques de la maladie psychiatrique sont notamment les symptômes dit « positifs », comme les hallucinations acoustico-verbales avec injonctions de passage à l'acte, ou les idées délirantes de persécution.
Des facteurs d'ordre neurologique peuvent majorer le risque de violences, notamment dans les atteintes frontales (impulsivité, baisse du contrôle pulsionnel).
Enfin, les facteurs contextuels ont une influence démontrée sur le passage à l'acte violent (précarité, perte d'emploi, séparation, environnement de vie violent).

Une revue de la littérature de 2007 (17) établit un lien dans la majorité des études entre maladie mentale majeure et violence physique dirigée sur autrui, indépendamment de la consommation de toxiques. Le risque de violence hétéro-agressive est estimé entre 3 et 5 fois plus élevé chez les personnes souffrant d'un trouble mental. Cependant, en valeur absolue, le nombre de patients psychiatriques violents est très bas, et seuls des sous-groupes minoritaires sont concernés. Notamment, la schizophrénie est généralement le trouble de l'axe 1 le plus associé au risque de violence interpersonnelle (15).

D'après une revue de 2010 de Fazel(18), les sujets souffrant de trouble bipolaire auraient quant à eux un risque de violence hétéro-agressive multiplié par 2 à 9 selon les études. Mais cette augmentation de risque concernerait surtout les sujets bipolaires avec une comorbidité d'abus de substance. Aucune élévation du risque de violence n'a été mise en évidence chez les sujets bipolaires sans abus de substance(18). Là encore, les résultats sont à nuancer car provenant d'études aux méthodologies hétérogènes (outils utilisés, critères de jugement, pays différents). Les détenus souffrant de troubles psychiatriques ont un risque majoré d'incarcérations multiples et ce risque de réincarcération serait notamment plus important chez les patients bipolaires (19).

Concernant les troubles de la personnalité, la personnalité antisociale, caractérisée notamment par un haut niveau d'impulsivité et d'agressivité, une tendance à la transgression et un manque d'empathie, favorise le passage à l'acte violent. Ce risque est d'autant plus important qu'un trouble de l'usage de substances est comorbide du trouble de la personnalité.

La co-occurrence de troubles mentaux majeurs (de l'axe 1), de troubles de la personnalité et d'addictions est très fréquente, et il est en réalité difficile de déterminer quel facteur est le plus relié à la survenue de comportements violents. L'élévation du risque semble plutôt être le résultat de l'association de comorbidités.

Concernant les passages à l'acte auto-agressifs (automutilations, tentatives de suicide, suicide), les troubles psychiatriques font partie des facteurs dits « primaires » de risque suicidaire. Le trouble bipolaire est le trouble mental majeur associé au risque suicidaire le plus élevé. On estime qu'entre 25 et 50% des patients souffrant de trouble bipolaire feront une tentative de suicide dans leur vie. Le trouble dépressif est retrouvé dans 29 à 88% des suicides, d'après l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM). Le trouble de la personnalité borderline, fréquemment comorbide du trouble bipolaire ou du trouble dépressif, est associé aux passages à l'acte auto-agressifs, souvent récurrents.

Enfin, Il est utile de rappeler que les études portant sur les liens entre maladie mentale et violence sont hétérogènes, dans leur méthodologie (diagnostics posés et types d'échelles utilisées, populations ciblées, modalités d'étude) et dans leurs définitions de la violence notamment, ce qui rappelle l'importance de resituer les résultats obtenus dans un contexte d'étude précis. Ceci souligne les limites dans la généralisation des résultats à une population type. Ainsi, la démonstration d'une corrélation ou d'un risque n'est pas celle d'une relation de cause à effet entre maladie mentale et violence.

Ces dernières décennies, la majorité des études ont donc montré une association modérée mais significative entre troubles mentaux graves et violence hétéro-agressive. Cette élévation du risque est cependant plurifactorielle, et liée aux facteurs environnementaux et aux comorbidités associées (abus d'alcool ou de substances, trouble de la personnalité).

2.3 Vers une psychiatrisation du milieu carcéral ?

Ces dernières années, le nombre d'individus incarcérés présentant une pathologie psychiatrique sévère (schizophrénie, trouble de l'humeur) a augmenté de façon progressive.

Il reste néanmoins difficile de faire la part des politiques sociales, pénales et de santé dans cette évolution.

Une des hypothèses pouvant expliquer l'augmentation des troubles psychiatriques en prison est celle de la « désinstitutionalisation » des soins psychiatriques depuis les années 1970, qui avait pour but de réduire et de redéployer les effectifs des hôpitaux psychiatriques vers des structures ambulatoires grâce à une politique de sectorisation(20). On a alors observé une diminution drastique des lits en psychiatrie, sans développement proportionnel des dispositifs de prise en charge psychiatrique en extra hospitalier. Chez ces malades psychiatriques non suivis et/ou non traités, le risque est alors grand de se rendre coupables d'infractions, souvent de faible gravité, voire de crimes en milieu ouvert, sous l'influence directe ou indirecte de leur maladie.

La loi Penrose (1939) décrit une relation inversement proportionnelle entre le nombre de lits d'hospitalisation en psychiatrie et l'effectif de la population carcérale, et fait l'objet d'une discussion toujours d'actualité. Cette relation met tout de même l'accent sur l'influence des politiques sanitaires, pénales et sociales qui contribuent à vulnérabiliser les patients souffrant de troubles psychiatriques (21).

Une autre hypothèse explicative est la méconnaissance d'un trouble psychiatrique au moment de l'accusation ou de la condamnation de l'individu.
La loi française prévoit en effet une expertise psychiatrique systématique en matière criminelle : viol, homicide, infanticide, acte de torture. Dans les procédures d'urgence (comparutions immédiates), et plus généralement, dans les procédures délictuelles, cette expertise n'est pas obligatoire, à l'exception des délits d'agression ou d'atteintes sexuelles ou de recours à la prostitution d'un mineur. La pathologie psychiatrique dont peut souffrir l'accusé est donc moins repérée, entrainant le risque que celui-ci soit incarcéré alors que son état mental aurait possiblement nécessité une hospitalisation ; Or l'engorgement actuel de la justice en France mène à une hausse des procédures pénales rapides, ce qui majore le risque de ne pas repérer de trouble mental chez le prévenu (augmentation de 7 % environ entre 2006 et 2016 des comparutions sur reconnaissance préalable de culpabilité par exemple) et ainsi, de placer en détention des individus relevant de soins psychiatriques en milieu spécialisé.

De plus, on observe une diminution des déclarations d'irresponsabilité pénale prévues par l'alinéa 1er de l'article 122-1 du Code Pénal (22,23). Cette baisse est franche sur les trente dernières années,

et tend à se stabiliser depuis 15 ans. D'autre part, l'application du deuxième alinéa, qui définit une altération du discernement chez le détenu, semble avoir eu paradoxalement pour effet un allongement des peines prononcées. Ceci illustre la progression d'une justice plus répressive, répondant à l'image donnée par les médias du « fou criminel ». Cette loi a depuis été modifiée en 2014, dans un objectif d'individualisation des peines, et consacre désormais, lorsque le discernement de l'auteur est altéré au moment des faits, le principe d'atténuation de la peine prononcée (24).

Par conséquent, le risque de cette psychiatrisation progressive du milieu carcéral est de laisser penser que la place du malade psychiatrique est en prison.

Le cas du centre pénitentiaire de Château-Thierry est un exemple édifiant des risques de confusion entre détenus et patients psychiatriques. Il s'agit d'un établissement pénitentiaire situé dans l'Aisne, accueillant des détenus présentant des troubles du comportement, et donc potentiellement violents, ce qui rend impossible leur maintien en détention ordinaire. En pratique, le CGLPL[2] a constaté que la majorité de ces détenus étaient en fait atteints de troubles psychotiques sévères, souvent refusés par leurs établissements de secteur, et que leurs séjours au sein de l'établissement étaient prolongés. D'autre part, il a noté des atteintes aux droits par la prescription de traitements injectables lourds, nécessitant un encadrement médicalisé. On voit bien ici le risque de ce type d'établissement qui légitime la présence en prison de malades souffrant de troubles psychiatriques graves. L'ambiguïté vient du fait que les comportements violents, certes difficiles à gérer en détention, ne relèvent pas moins d'une prise en charge médicale parfois hospitalière, quand ils sont inhérents à certains troubles psychotiques, par exemple (25).

Enfin, le milieu carcéral en tant que tel, avec la dégradation des conditions actuelles de détention, l'allongement des peines, la surpopulation, la diminution des aménagements de peines, peut aussi avoir des effets sur l'état mental des personnes incarcérées. En effet, certains individus, au terrain plus ou moins fragile antérieurement à l'incarcération, peuvent ne pas supporter les conditions de vie quotidienne en prison : promiscuité, absence d'hygiène, rupture des liens affectifs familiaux et conjugaux, déresponsabilisation, violences, rackets, attente du jugement puis du transfert en établissement pour peines… On peut ainsi observer des décompensations psychiatriques sur le mode de bouffées délirantes aiguës chez des sujets qui n'avaient jamais été repérés comme malades mentaux à l'extérieur (20).

[2] Contrôleur général des lieux de privation de liberté

2.4 Prise en charge des troubles psychiatriques dans le système pénitentiaire français

Les lieux de détention ont une responsabilité dans la protection de la santé et la sécurité de leur population carcérale.

Jusqu'en 1986, les soins de santé mentale dans les prisons françaises étaient placés sous l'autorité de l'administration pénitentiaire qui dépendait du ministère de la Justice. En France, depuis la loi de janvier 1994, dans une volonté d'améliorer l'accès des prisonniers aux soins de santé, l'organisation des soins de santé en prison a été confiée au ministère de la Santé.

L'objectif est que les détenus bénéficient du même accès aux soins que la population générale. Le personnel médical qui y travaille est donc maintenant indépendant des autorités pénitentiaires et est affilié à un établissement hospitalier proche géographiquement.

Aujourd'hui, 175 unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP), rattachées à un hôpital de proximité, sont implantées dans la plupart des établissements pénitentiaires, et permettent de prodiguer des soins somatiques et psychiatriques aux détenus. Les dispositifs de soins psychiatriques au sein des USMP permettent d'assurer des consultations ambulatoires de psychiatrie, et parfois des hospitalisations de jour, au sein des SMPR (Service médico-psychologique régional) répartis dans les établissements.

Sur les 188 établissements pénitentiaires français, seuls 26 bénéficient d'un service médico-psychologique régional, et disposent donc de lits d'hospitalisation « de jour », permettant aux détenus d'y rester la nuit, et de bénéficier de soins continus en journée (consultations du psychiatre et du psychologue, activités thérapeutiques, distribution pluri-quotidienne des traitements). Les prisons sans SMPR disposent d'équipes psychiatriques (Dispositifs de Soins Psychiatriques) au sein d'unités sanitaires (ex Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires ou UCSA). Selon la taille de l'établissement pénitentiaire, des psychiatres, exerçant dans l'établissement de santé d'affiliation, proposent des consultations certains jours de la semaine.

En milieu ouvert, neuf UHSA (unités hospitalières spécialement aménagées) sont présentes sur le territoire français, et accueillent des détenus atteints de troubles mentaux en hospitalisation complète en psychiatrie avec ou sans leur consentement. Elles sont placées sous la surveillance de l'administration pénitentiaire et gérées en coordination avec le ministère de la santé.

Le code de santé publique français prévoit que « lorsqu'une personne qui est détenue, a besoin de soins immédiats et d'une observation constante en milieu hospitalier du fait de troubles mentaux qui rendent son consentement impossible, et qui constituent un danger pour elle ou pour les

autres », le représentant de l'état du département dans lequel se trouve la prison, a le pouvoir d'ordonner son admission en hôpital psychiatrique.
Malheureusement, l'augmentation continue du nombre de détenus et la surpopulation chronique ne sont pas accompagnées d'une hausse des moyens de santé pour cette population. D'une part, l'accès aux consultations ambulatoires et à l'hospitalisation de jour est très inégal selon les maisons d'arrêt. Toutes ne disposent pas d'un SMPR et le nombre de psychiatres exerçant en prison est très variable d'un établissement à l'autre.
D'autre part, il y a peu d'unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) comparativement aux nombres d'hospitalisations en psychiatrie pour les détenus, et les listes d'attente s'allongent, obligeant de plus en plus souvent les psychiatres à hospitaliser des détenus sous contrainte (d'après l'article D 398 du Code de procédure pénale) en service hospitalier de secteur, en cas d'urgence, alors que certains auraient pu bénéficier de soins libres en UHSA. En effet, le nombre de lits disponibles en UHSA ne couvre pas les besoins de soins psychiatriques hospitaliers des détenus, et les hospitalisations sous contrainte de détenus en psychiatrie ont été multipliées par 15 en 10 ans (26). Or, les détenus accueillis en hospitalisation complète en centre hospitalier, ne sont en général pas traités comme des patients « lambda », placés en chambre d'isolement à leur arrivée de façon systématique par exemple, alors même que leur état clinique ne le justifie pas, comme l'a constaté le contrôleur général des lieux de privation de liberté. Ces services n'étant pas destinés à l'accueil de personnes détenues, les équipes de soins sont peu formées à cela, et la crainte de l'évasion ou de la violence du patient passe bien souvent au-dessus de la qualité des soins.

Les membres du personnel de surveillance se retrouvent souvent en difficulté face aux détenus présentant des troubles mentaux, du fait de leur manque de connaissances sur ces maladies et leurs symptômes ; et de leurs aprioris souvent négatifs sur ces détenus. Seule la crise suicidaire fait l'objet d'une formation spécialisée incluant le repérage des symptômes. Mais ils ne sont pas formés au repérage de détenus psychotiques, déprimés, anxieux, ce qui représente pourtant la majorité des troubles repérés en prison.
Ces constatations rappellent l'inégalité d'accès au soin psychiatrique de cette population carcérale d'autant plus vulnérable, par rapport à la population générale.

Face à cette situation, la France a été récemment pointée du doigt par un rapport de l'ONG Human Rights Watch, qui alerte sur la présence importante d'individus souffrant de pathologies mentales en détention et sur leur difficulté d'accès à des soins appropriés. Dénonçant ainsi une « double peine » pour les détenus souffrant de ces troubles : être incarcéré et ne pas pouvoir accéder à des soins de santé mentale adaptés. (27)

De la même façon, la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) rappelle le devoir de protection du droit des détenus au meilleur état de santé physique et mental possible, et du respect de leur droit à l'intégrité physique et mentale (inspirés de l'article 8 de la Convention européenne des droits de l'Homme). La CEDH a déjà condamné la France à plusieurs reprises à l'occasion du suicide de personnes détenues, de sanctions infligées à des sujets souffrant de troubles psychotiques ou du maintien en détention d'une personne atteinte d'une psychose chronique sans encadrement médical approprié.

La question de la santé mentale en prison (addictions, suicidalité, consommation de psychotropes) reste donc préoccupante. Pour tenter d'améliorer les choses, le Ministère de la Santé a développé un programme d'actions stratégiques « Stratégie santé des personnes placées sous main de justice » qui vise à mettre en place un système d'information nationale pérenne sur la santé des personnes détenues (28).

Nous avons donc pu constater que les détenus souffrant de troubles psychiatriques étaient de plus en plus nombreux en prison, et que le dispositif de soins existant ne permettait pas un repérage et une prise en charge optimale de ces troubles. Or, ces troubles psychiatriques étant susceptibles de favoriser la survenue de comportements violents dans la population générale, il importe d'étudier à présent les phénomènes de violence en milieu carcéral et leurs facteurs de risque.

III COMPORTEMENTS VIOLENTS EN MILIEU CARCERAL

La survenue de violences en milieu carcéral est un phénomène répandu mais difficilement appréhendable, qui met à mal le principe même de ces établissements où le maintien de l'ordre et de la sécurité est la priorité de l'administration pénitentiaire. L'incarcération agit comme « stresseur expérimental », associant enfermement, perte des repères identitaires sociaux, promiscuité, violation de l'intimité, frustration sexuelle, inactivité, impuissance, ruptures. Elle a de ce fait un impact majeur sur le comportement des détenus.

Les comportements violents des détenus sont souvent perçus par la société comme inhérents à leur statut et à leur condition, soit liés à une violence préexistante à la détention, soit découlant des contraintes subies en prison. En réalité, la violence en prison recouvre des aspects et des profils bien différents. Pour mieux connaître le contexte, nous caractériserons la population carcérale française puis nous dresserons un état des lieux des comportements violents en détention, qu'ils soient de nature auto-agressifs ou hétéro-agressifs.

3.1 Caractéristiques dynamiques de la population carcérale française

En France, 68974 personnes étaient détenues au 1er janvier 2018, dans les 188 établissements pénitentiaires du territoire, pour un nombre de places opérationnelles de 59765 (4). Nous nous intéressons ici à la population détenue (population majoritaire des personnes placées sous main de justice), nommée aussi « carcérale ».
La population carcérale française est en constante augmentation depuis 20 ans (29), conduisant aujourd'hui à une surpopulation carcérale problématique, que nous évoquerons plus loin. Entre 2001 et 2012, le nombre de personnes détenues en France a augmenté de 27%.

La proportion de prévenus est à peu près stable dans le temps depuis les années 1980 tandis que le nombre de condamnés est en augmentation depuis 2002 (30).
La population carcérale est constituée en majorité par des hommes, avec 3,5 % de femmes. La moyenne d'âge est jeune, 34,6 ans (2), mais à la hausse depuis 15 ans (elle était de 30,1 ans en 1980). En 2015, environ 22 % des détenus avaient entre 18 et 25 ans.

Concernant le profil criminologique des individus détenus, 93 % des condamnations pénales concernent des délits, et l'emprisonnement (ferme et avec sursis) représente plus de la moitié des peines pour délits (53%). Un délit sur cinq est puni d'emprisonnement ferme. Les incarcérations

pour violences volontaires ont été multipliées par près de quatre depuis 1980, passant de 7,8 % à 26,1 % des motifs d'incarcération en 2015, loin devant les infractions à la législation sur les stupéfiants (14 ,7 %). Au 1er janvier 2018, 14% des détenus sont incarcérés pour violence contre les personnes, 11 % pour viol et agression sexuelle, 10 % pour homicide et violence ayant entraîné la mort, 4 % pour autre atteinte à la personne. Au total, 38 % des détenus condamnés le sont pour atteinte à la personne humaine (2,31).

La grande majorité des peines d'emprisonnement ferme pour délits sont courtes : 96 % sont inférieures à 3 ans, ce qui contribue à la surpopulation des maisons d'arrêt. Les maisons d'arrêt accueillent 70 % des personnes détenues en France. Mais la sévérité s'est accrue vis-à-vis des personnes en état de récidive avec l'effet des peines plancher, en vigueur de 2007 à 2014, qui a allongé la durée moyenne d'emprisonnement. De ce fait, la durée moyenne de détention est passée de 8,6 mois en 2007 à 11,5 mois en 2013, principale raison de l'augmentation du nombre de personnes détenues en France (32).

La population carcérale apparaît comme socialement défavorisée et marginalisée : 48 % des détenus n'ont aucun diplôme et chez les jeunes de plus de 18 ans, 80 % sont sans diplôme. 5 % des détenus sont reconnus illettrés. Le taux d'activité professionnelle à l'entrée en détention est inférieur à 50 %. Environ 15 à 20 % des détenus se déclarent sans domicile fixe ou en situation de précarité et 14 % ne disposent pas d'une véritable solution de logement à la sortie (2). Près de 60 % des détenus en maison d'arrêt sont en dessous du seuil de pauvreté.

3.2 Passages à l'acte auto-agressifs et suicide en détention

3.2.1 Etat des lieux

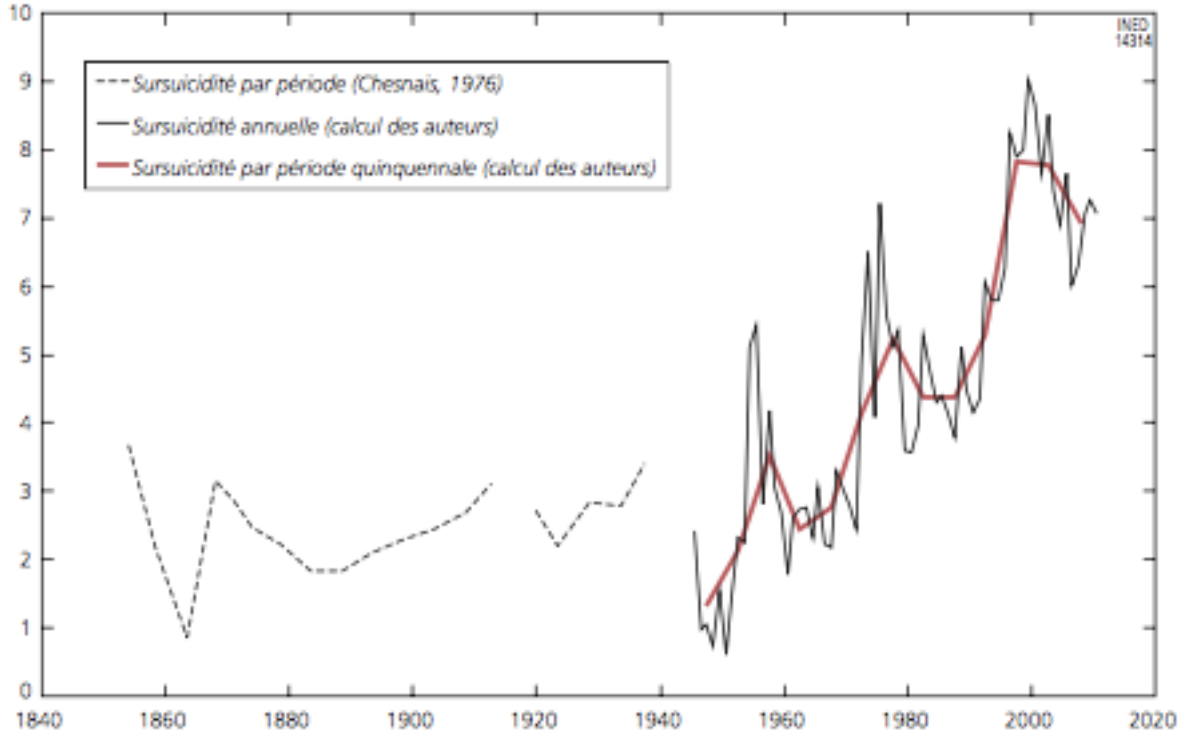
En prison, près d'un décès sur deux est un suicide. Le suicide est l'une des principales causes de mortalité en prison (33), et apparaît donc comme un enjeu majeur de santé publique. Bien que les suicides en prison ne représentent que 1 % de la totalité des suicides en France, ils sont particulièrement surreprésentés en prison : le taux de suicide annuel en prison est de 176 pour 100 000 détenus, c'est-à-dire 9 fois supérieur au taux observé en population générale (11,4 suicides pour 100 000 personnes) (34).

Les passages à l'acte auto-agressifs (automutilations, tentatives de suicide, suicides) peuvent être vus comme des moyens pour le détenu de se réapproprier son corps, objectivé par la détention, de reprendre le contrôle vis-à-vis de son existence, parfois de « court-circuiter » la survenue d'un épisode dépressif.

Les études statistiques sur ce sujet sont difficiles à mener en raison de l'accès limité aux informations individuelles des personnes sous écrou d'une part, et du fait que le suicide est un phénomène statistiquement peu fréquent d'autre part.

Le taux de suicide augmente depuis plus de 50 ans en milieu carcéral en France métropolitaine. Il a quasiment quintuplé en 50 ans alors que dans le même temps le taux de suicide en population générale a peu évolué. Le nombre de suicides a diminué entre 2002 et 2007 alors même que la population carcérale s'est accrue sur la période (35). Le taux de suicide chez les personnes écrouées a ensuite connu une augmentation depuis 2007, et, malgré une légère baisse entre 2000 et 2010, ce taux est de nouveau croissant ces dernières années.

Figure 1 : Sursuicidité de la population écrouée par rapport à la population générale masculine en France métropolitaine depuis le milieu du XIXe siècle.



D'après G.Duthé et al., *Suicide des personnes écrouées en France : évolution et facteurs de risque*, 2014(36). (Sources : Chesnais, 1976 ; Ministère de la Justice, DAP ; Ined (1925-1999) ; CépiDc (2000-2010))

Si le risque de suicide en milieu carcéral s'accroît avec l'âge jusqu'à 45 ans, il représente également la première cause de décès des populations les plus jeunes en prison. La moyenne d'âge des hommes décédés par suicide en prison était d'environ 36 ans en 2008 (35).

Des éléments du parcours pénal du détenu peuvent être précurseurs d'une crise suicidaire. En effet, l'individu détenu traverse des périodes de grande vulnérabilité lors de moments clés du parcours pénal comme au moment de l'incarcération, de l'arrivée dans un établissement, du jugement et parfois à l'approche de la sortie. Ainsi, plus de 20 % des cas de suicides de détenus ayant été transférés se sont déroulés moins d'un mois après l'arrivée dans le nouvel établissement.
En France, les suicides interviennent majoritairement en début de détention. Un quart des suicides a lieu dans les deux mois qui suivent l'incarcération et la moitié dans les six premiers mois. S'agissant du profil pénal, les prévenus (en attente de jugement et donc plus récemment incarcérés) se suicident plus que les individus condamnés. En détention provisoire, environ 34 suicides pour 10 000 prévenus sont enregistrés, contre près de 13 parmi les personnes condamnées. D'après une étude de Duthé en 2013, les prévenus ont un taux de mortalité par suicide près de trois fois plus élevé que les condamnés (33,9 contre 12,8) et parmi ces derniers, ceux condamnés à plus de 10 ans ferme ont un taux de suicide plus élevé que les autres (20,2). Chez les condamnés, on observe que le risque suicidaire augmente avec la durée de la peine.
L'autre période à risque chez les prévenus est celle qui précède le jugement, liée à la crainte de la sanction et à l'appréhension de la peine. Le placement au quartier disciplinaire, qui peut intervenir après un manquement aux règles, est également une période à risque suicidaire majoré, 15 fois supérieur à celui observé en cellule ordinaire (36). Au quartier disciplinaire, le détenu est placé en cellule seul, sans occupation ni effets personnels, avec un temps de promenade seul dans une petite cour ; et cette période peut durer jusqu'à 45 jours.
Les moyens privilégiés de suicide en détention sont la pendaison ou strangulation et l'intoxication médicamenteuse.

Sur le plan des faits reprochés, le taux de suicide est plus élevé chez les individus écroués à la suite d'un meurtre, d'un viol ou d'une agression sexuelle. Outre la peine encourue, le sentiment de remords, le vécu d'injustice ou encore l'ostracisme au sein de la prison en lien avec les faits commis, peuvent expliquer ce risque.
Le risque suicidaire est également plus élevé chez les détenus ayant été hospitalisés auparavant (hospitalisations suivies d'une réincarcération) (36).

Le constat logiquement fait est que le risque suicidaire est nettement majoré en maison d'arrêt, par le type de population écrouée, la prédominance des prévenus par rapport aux condamnés, et la fréquence du choc carcéral psychologique, souvent vécu par les détenus primo-incarcérés dans ces établissements. Ce résultat est retrouvé dans les études : 58 % des suicides surviennent en maison d'arrêt, contre 28,6 % en centre pénitentiaire et 10,4 % en centre de détention.

A l'échelle européenne, d'après les statistiques pénales annuelles du Conseil de l'Europe (SPACE), le taux de mortalité par suicide en détention en France est parmi les plus élevés d'Europe, soit en moyenne de 19,1 pour 10 000 hommes écroués (33).
Dans l'ensemble des pays de l'Union européenne, la mortalité moyenne par suicide entre 1997 et 2008 était bien inférieure avec un taux de 10,5 pour 10 000 personnes écrouées, et des différences importantes entre pays.

D'après une étude multicentrique de 2017 menée par Fazel, sur 24 pays à haut revenu (Europe, Amérique du nord, Australie) entre 2011 et 2014, les pays où les taux d'incarcération sont les plus élevés ont les taux de suicide en prison les plus bas.

Le suicide et les tentatives de suicide en prison sont donc en proportion beaucoup plus fréquents qu'en population générale. Il semble être le résultat d'un ensemble d'interactions complexes entre le détenu et son environnement, sur un terrain de vulnérabilité, et exacerbés par le stresseur qu'est la détention.
Réduire le nombre des suicides en prison est une priorité internationale d'après le rapport de l'OMS de 2007 (37) et nécessite d'identifier des facteurs de risque spécifiques à ces passages à l'acte.

3.2.2 Facteurs de risque

D'après un article de Roy et al en 2013 portant sur 1 537 détenus (38), les auteurs de tentative de suicides présenteraient plus d'antécédents de traumatisme dans l'enfance, seraient plus introvertis, moins résilients, auraient des antécédents d'automutilations et plus d'idées suicidaires. On retrouve également chez ceux ayant au moins un antécédent de tentative de suicide, des scores de colère et d'hostilité plus élevés.

D'après une étude de 2006 portant sur une cohorte de détenus en Angleterre et au Pays de Galles, le fait d'avoir une activité à exercer en prison est un facteur protecteur du suicide (39).

Une étude de 2017 de Sanchez (40) portant sur l'étude des facteurs de risque de tentatives de suicide chez 2 270 prisonniers espagnols, retrouve comme facteurs significativement associés,

l'existence d'une activité professionnelle avant l'incarcération, avoir un membre de sa famille en prison, être récidiviste, avoir eu un traumatisme dans l'enfance, le fait de travailler en prison, et les infractions disciplinaires.

L'étude de Duthé et al. publiée en 2013 est une des seules études françaises de grande ampleur portant sur les facteurs de risque suicidaire dans la population carcérale masculine sur une période de 3 ans et demi, entre 2006 et 2009 (41).
Cette étude montre que le risque de suicide est moindre chez les détenus ayant reçu au moins une visite de leurs proches pendant la période de suivi, mettant en avant l'importance du lien social, souvent rompu par la détention. Elle confirme que le statut de prévenu est un facteur associé à l'augmentation du risque de suicide en prison. La détention provisoire constitue un facteur de risque du passage à l'acte suicidaire de par l'imminence et l'appréhension du jugement, et l'incertitude du temps à passer en détention. Le risque suicidaire est augmenté chez les détenus ayant été hospitalisés.

Chez les condamnés, ce risque augmente lorsque la peine est supérieure à 15 ans. Elle met aussi en évidence une association entre chef d'inculpation et risque suicidaire : risque multiplié par 7 pour un détenu écroué pour homicide, multiplié par 4 s'il est écroué pour viol, par près de 3 s'il l'est pour agression sexuelle. Plusieurs facteurs peuvent expliquer le lien entre suicide et gravité de l'infraction principale : l'infraction en elle-même, les sentiments de remords par rapport à l'acte commis ou le sentiment d'injustice suite à la mise sous écrou ; le stress et l'incertitude quant à la condamnation avant le procès ; le verdict de culpabilité et une lourde peine de prison une fois la condamnation prononcée.

Le facteur le plus fortement corrélé au risque suicidaire est le placement en quartier disciplinaire, avec un risque multiplié par 7. La mise en quartier disciplinaire représente une rupture supplémentaire par rapport à la prison qui en était déjà une en soi. Ainsi, près de la moitié des suicides survenus en quartier disciplinaire s'est déroulée le jour même ou le lendemain de la sanction.

Hors du quartier disciplinaire, lorsque les suicides se sont déroulés en cellule ordinaire, la majorité des personnes étaient seules (52 %). Il faut donc prêter attention à l'encellulement individuel qui constitue un « facteur facilitant le passage à l'acte de la personne en crise suicidaire ». Toutefois, la présence ou l'absence du ou des codétenu(s) lors de la crise suicidaire n'empêche pas toujours le suicide.

Plusieurs études retrouvent une association significative entre tentative de suicide en prison et présence d'un trouble mental, notamment la dépression et les comorbidités psychiatriques (42,43). Dans sa méta analyse portant sur le risque suicidaire des individus incarcérés atteints de trouble bipolaire (43), Fazel identifie une augmentation statistiquement significative du risque suicidaire chez les prisonniers bipolaires. Le risque suicidaire chez les détenus atteints de trouble bipolaire est 2 à 4 fois plus élevé que chez les détenus du groupe contrôle (indemnes de troubles mentaux). Parmi les 5 études, le risque estimé de suicide chez les détenus atteints de dépression majeure était plus de 4 fois supérieur au groupe contrôle, et 5,2 fois plus élevé chez les patients schizophrènes ; le risque suicidaire apparaissant ainsi nettement plus important chez ces patients que chez les patients bipolaires. Ce résultat peut sembler peu intuitif puisque le risque suicidaire est connu pour être le plus important chez les patients bipolaires, comparativement aux autres troubles mentaux (44).

D'après une revue de la littérature de 2016 de Marzano *et al*. portant sur les tentatives de suicides à haute létalité (42), dans la plupart des cas, les actes suicidaires ont été commis avec une forte intentionnalité et lorsque le détenu était seul en cellule. Seul le fait d'avoir un faible niveau d'éducation était significatif et associé au risque de tentative de suicide. Plusieurs études relèvent comme facteurs historiques, des antécédents de geste auto-agressif et de tentative de suicide (en dehors ou dans la prison) et un antécédent de traitement psychiatrique ambulatoire ou hospitalier. Au niveau des facteurs en lien avec la prison, les études ne sont pas unanimes, concernant les antécédents de condamnation notamment. Enfin, les troubles mentaux (à la fois antérieurs ou actuels) sont identifiés par les 8 études incluses comme facteurs associés et potentiellement déclencheurs de ces actes à haute létalité, et notamment la dépression, tout comme les comorbidités psychiatriques.
On retrouve également de hauts niveaux d'agressivité, d'impulsivité, d'hostilité, de traumatisme dans l'enfance, de sentiment de désespoir, et de bas niveaux d'estime de soi et de soutien social favorisant les actes autoagressifs.

Une méta analyse de Fazel datant de 2008 (45), regroupe les facteurs de risque de suicide retrouvés le plus souvent chez les prisonniers :

- Facteurs démographiques associés : la couleur de peau blanche, le sexe masculin, le fait d'être marié ;
- Facteurs criminologiques : le fait d'être en cellule seul, le statut de prévenu, le fait d'être condamné à vie.

- Facteurs cliniques : la présence d'idéation suicidaire récente, les antécédents de tentative de suicide, le fait d'avoir un diagnostic de trouble psychiatrique actuel, le fait d'avoir un traitement psychotrope, la dépendance à l'alcool.

Le facteur de risque significatif inversement corrélé au suicide est l'ethnie noire.

Mais il est à noter que les détenus présentent fréquemment des antécédents d'abus ou de traumatismes, qui sont autant de facteurs de vulnérabilité face à la crise suicidaire, même chez des individus indemnes de pathologie psychiatrique.

La littérature met donc en évidence l'importance de repérer les facteurs de risque suicidaires chez les détenus, tant sur le plan sociodémographique, que psychiatrique et criminologique, afin de mieux cibler et prendre en charge les profils à risque.

3.3 Passages à l'acte hétéro-agressifs en détention

3.3.1 Etat des lieux

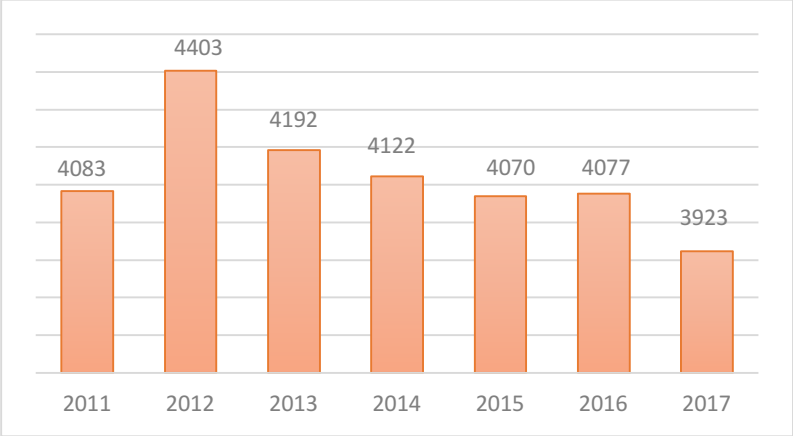
Alors que les comportements violents sont communs dans de nombreux établissements pénitentiaires, il existe à ce jour peu d'études internationales ayant porté sur leur prévalence. Les études portent souvent sur de petits échantillons, et les données proviennent d'un seul centre. Et pour cause, il est difficile d'obtenir des résultats significatifs et généralisables au sujet des violences commises à l'intérieur de la prison, car le recueil est difficilement exhaustif. Le fait d'être victime de violence est fréquemment sous-rapporté en prison, par peur de représailles, et par respect du « code de conduite » implicitement admis par les détenus. Les véritables chiffres des comportements hétéro-agressifs en prison demeurent ainsi sous-estimés par les études.

Souvent, les actes de violence en prison surviennent sans facteur déclenchant précis, et doivent être mis en perspective avec les conditions de détention : promiscuité, confinement des cellules multiples, manque d'intimité, dépendance extrême au personnel pénitentiaire pour les actes de la vie quotidienne, manque d'activité, fouilles corporelles et de cellule, surveillance constante (œilletons, caméras, surveillants), attente souvent très longue pour toute démarche (consultation médicale, rendez-vous avec le conseiller d'insertion et de probation, demande d'accès au sport, à l'école).

La violence hétéro-agressive des détenus revêt deux formes principales : violence exercée par un détenu sur un surveillant ; ou violence entre détenus (rixe). En 2016 en France, on a recensé 4077 agressions physiques contre le personnel pénitentiaire et 8 161 agressions entre personnes détenues. Dans les cas extrêmes, les violences peuvent aboutir au décès de la victime : 19 homicides ont été recensés en détention depuis 2011. La violence peut aussi être exercée par un surveillant sur un détenu, mais ces données sont le plus souvent méconnues des études.

- Les agressions contre les surveillants pénitentiaires sont les mieux connues, et font généralement l'objet d'une répression systématique. Elles sont en légère diminution depuis 2012, mais sont fréquemment médiatisées, permettant au personnel pénitentiaire de mettre en lumière leurs conditions de travail difficiles. Elles entraînent des conséquences à la fois psychologiques (peur, épuisement professionnel, dépression) pour les personnels concernés, et économiques à l'échelle du pays (grève, blocage d'établissement, arrêts de travail).

Figure 2 : Evolution du nombre d'agressions physiques contre le personnel pénitentiaire
(Données provisoires en 2017)

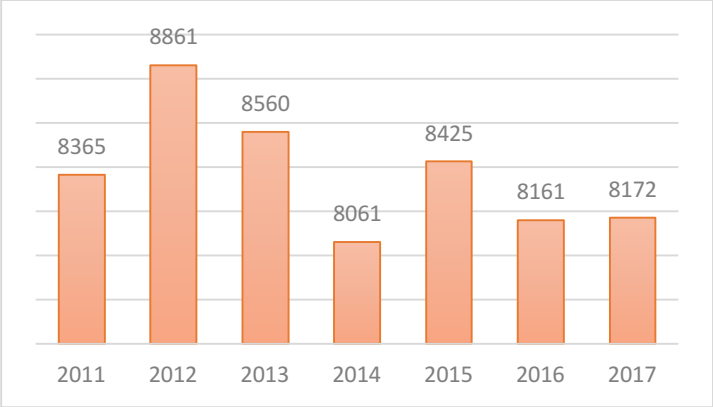


Source : Ministère de la Justice

- Les violences entre détenus sont en revanche bien plus nombreuses, et représentent près du double de celles exercées contre les surveillants. Leur évolution est globalement stable depuis 2011. Elles sont probablement sous-évaluées, car se produisent fréquemment dans des endroits où la surveillance est absente, comme les douches, et probablement sous-rapportées par les

surveillants, qui peuvent montrer une tolérance plus ou moins grande vis à vis de ces comportements. Elles sont multiples et mal connues : agressions physiques, rixe, racket, coups et blessures, agressions sexuelles, viol... Les détenus incarcérés pour violences sexuelles (les « pointeurs »), et ceux considérés comme « faibles » du fait d'un handicap ou d'une déficience, sont notamment pris pour cible et plus souvent victimes d'agressions de la part des autres détenus.

Figure 3 : Evolution du nombre d'agressions physiques entre personnes détenues
(Données provisoires en 2017)



Source : Ministère de la Justice

La crainte de subir des violences pousse certains détenus à s'en protéger de manière inadaptée : refus d'aller en promenade ou de participer à des activités, refus d'aller aux parloirs ou à l'unité sanitaire, demande placement à l'isolement, voir comportement volontairement fautif pour être placé au quartier disciplinaire. La peur d'être agressé peut empêcher l'accès aux soins pour certains, ou interrompre la continuité de soins déjà entrepris (rupture de traitement, de suivi psychiatrique).

3.3.2 Facteurs de risque

Nous ciblerons les facteurs de risque de comportements hétéro-agressifs survenant spécifiquement en détention et retrouvés dans la littérature.

Une revue de la littérature par Steiner, en 2014, fait le point sur les études publiées entre 1980 et 2013 portant sur les violences en détention. Il met en évidence que les caractéristiques historiques et démographiques (âge, antécédents de condamnation..), les antécédents de détention et les

caractéristiques de la prison en elle-même (niveau de sécurité..) impactent les troubles du comportement en détention. (46)

La revue de littérature de Schenk (47) de 2012 , qui porte sur 500 études menées entre 1990 et 2011, met en évidence certains facteurs de risque de violence :

- Le jeune âge, facteur de risque de violence à l'encontre d'un autre détenu, ou à l'encontre des surveillants (48). Plus l'âge augmente, plus le risque de violence diminue.
- Le niveau d'éducation du détenu : plus celui-ci est élevé, moins le détenu s'engage dans des comportements violents en prison (49).
- Le soutien social à l'extérieur (famille, amis) protégerait aussi le détenu de commettre des violences en prison.

Liés au parcours judiciaire

Selon les études, différents facteurs de risque sont mis en évidence en lien avec le parcours pénal du détenu :

- Les antécédents d'arrestations ou de faits de violences par le passé. Le fait d'avoir déjà été incarcéré auparavant est le facteur le plus significatif (23). Le fait d'avoir été violent lors d'une précédente incarcération majore également le risque de l'être lors de l'incarcération suivante.
- Etre condamné pour atteinte aux biens : la commission de ce type de faits multiplierait par 1.5 le risque d'être violent. Ce résultat était corroboré par une étude de 2008 menée en Floride, qui concluait que les auteurs de crimes contre les biens et de vol à main armée étaient plus souvent auteurs de violence en prison que les auteurs d'homicide. Les auteurs d'homicide seraient même 12 % moins susceptibles d'être auteurs de violences en prison comparativement aux autres détenus, qu'ils soient condamnés pour violences ou non (50).
- Etre condamné à une peine plus courte : les détenus condamnés à une peine comprise entre 1 et 5 ans auraient deux fois plus de risque d'être violent en prison par rapport aux détenus condamnés à plus de 20 ans. Chaque année ajoutée à la durée de la peine prononcée ferait ainsi décroître le risque de violence de 1 % (50).

On constate donc que sur le plan pénal, de manière contre intuitive, les détenus incarcérés pour des délits non violents et condamnés à de plus courtes peines, seraient plus souvent impliqués dans

des violences commises en prison, que ceux condamnés à de longues peines, et pour des actes de violence contre les personnes.

Dimensions psychologiques

Certains traits de personnalité favorisant les comportements violents sont mis en évidence par Schenk (47) ,comme une haute estime de soi, trait retrouvé dans la personnalité psychopathique notamment, et le score à l'échelle d'agressivité du PAI (Personnality assessment inventory) pourraient élever le risque de violence.

L'échelle HCR-20 (Historical-Clinical-Risk Management) est une échelle d'évaluation et de gestion du risque de violence, utilisée principalement chez des patients judiciarisés pour évaluer le risque de récidive violente. Elle s'appuie sur des facteurs historiques, cliniques et de gestion du risque, à la fois « statiques » et « dynamiques ». Elle prend en compte la présence d'une maladie mentale grave ou d'un trouble de la personnalité. Des études ont montré qu'elle avait une bonne qualité prédictive de la récidive violente, notamment à court terme (51,52).

Tableau 3 : Echelle HCR-20

Facteurs historiques	Facteurs cliniques	Facteurs de gestion du risque
H1 Violence antérieure	C1 Introspection difficile	R1 Projet manquant de faisabilité
H2 1er acte de violence commis durant la jeunesse	C2 Attitudes négatives	R2 Exposition à des facteurs déstabilisants
H3 Instabilité des relations intimes	C3 Symptômes actifs de la maladie	R3 Manque de soutien personnel
H4 Problèmes d'emploi	C4 Impulsivité	R4 Inobservation des mesures curatives
H5 Problèmes de toxicomanie	C5 Résistance au traitement	R5 Stress
H6 Maladie mentale grave		
H7 Psychopathie		
H8 Inadaptation durant la jeunesse		
H9 Trouble de la personnalité		
H10 Échecs antérieurs de surveillance		

D'après Voyer et al. **(53)**

Un des facteurs historiques de l'échelle HCR-20 est le résultat obtenu à l'échelle PCL-R (échelle de psychopathie de Hare - révisée). Un score de psychopathie élevé est corrélé significativement aux agressions commises sur les codétenus et sur le staff. Les études portant sur cette échelle retrouvent une forte corrélation entre le score obtenu et le risque de récidive violente (54).

Troubles psychiatriques

Peu d'études se sont intéressées aux facteurs de risque psychiatriques de la violence hétéro-agressive survenant en détention. Les études qui abordent les relations entre pathologies psychiatriques et violence criminelle ont d'autres angles de travail : taux d'arrestation chez les populations sortant d'institutions psychiatriques, épidémiologies des troubles mentaux en prison, prévalence des troubles mentaux chez les auteurs d'homicide, études de cohorte avec suivi depuis la naissance, prévalence des agressions criminelles chez les patients psychiatriques ambulatoires. Mais les comportements hétéro-agressifs en détention sont peu étudiés.

Toutefois, nous avons vu que le trouble de la personnalité antisociale, les troubles de l'humeur, les troubles psychotiques et les troubles d'usage de substance pouvaient majorer le risque de violence interpersonnelle et que ceux-ci étaient plus fréquents dans la population carcérale qu'en population générale. Plus le nombre de diagnostics psychiatriques augmente chez un patient, plus le risque de violence s'élève, ce qui est vrai dans la population générale comme carcérale.

Les passages à l'acte hétéro-agressifs sont donc fréquents en prison, notamment entre détenus, et favorisent un climat d'insécurité et de peur, qui peut avoir des conséquences néfastes sur la santé physique et psychique des détenus. Des facteurs socio-économiques et judiciaires sont reconnus comme facteurs de risque de ces comportements. Mais les troubles psychiatriques pouvant y être associés sont peu étudiés dans les études internationales, et moins encore dans les études françaises.

3.4 Continuum violence subie/agie

La violence, subie ou agie est un facteur de risque reconnu de passage à l'acte hétéro-agressif, tant en population générale que chez les personnes souffrant de troubles psychiatriques. En effet, les études montrent qu'un vécu précoce de maltraitance physique ou psychologique, des antécédents d'agression sexuelle dans l'enfance ou l'adolescence, sont des facteurs favorisant la violence à l'âge adulte (14).

La victimisation à l'âge adulte serait également un facteur de risque de violence, ce qui concerne plus spécifiquement les sujets atteints de troubles mentaux, qui sont plus fréquemment victimes d'agressions. En prison, les personnes souffrant de troubles psychiatriques sont davantage impliquées dans les incidents violents et sont davantage victimes de violence physiques que les autres détenus (11).

En effet, la vulnérabilité aux troubles mentaux est susceptible d'élever le risque de victimisation c'est à dire le fait d'être victime d'une agression, comme elle le fait en population générale. D'après une étude américaine de 2008, menée auprès de 7 528 hommes incarcérés, ceux souffrant d'un trouble mental étaient 1,6 fois plus victimes d'agressions physiques par un codétenu et 1,2 fois plus victimes d'agressions par un membre du staff que ceux indemnes de tout trouble mental. Ce taux était le plus élevé chez les détenus souffrant de schizophrénie ou de trouble bipolaire (7). De plus, Wolff *et al.* montraient dans une étude américaine de 2007, que parmi les hommes détenus souffrant d'un trouble mental, 1 sur 12 rapportait avoir subi au moins une agression sexuelle par un codétenu, sur une période de 6 mois, tandis que parmi les hommes sains, seuls 1 sur 33 en rapportaient.

Dans l'étude dimensionnelle des comportements, l'impulsivité est souvent associée au risque de passage à l'acte tant dirigé contre soi que contre les autres. Or, à titre d'exemple, ce trait impulsif est retrouvé tant chez les personnes présentant un trouble de la personnalité antisociale, susceptibles de commettre des actes violents sur autrui ; que chez les personnes souffrant d'un trouble de la personnalité borderline, ayant des comportements auto-mutilatoires ou suicidaires.
Ainsi, Sahlin, dans une étude récente menée en Suède, a montré que des individus auteurs de gestes auto-agressifs ont un risque près de 5 fois plus élevé d'être condamnés pour un crime violent (55), montrant ici un continuum entre violence auto-agressive et hétéro-agressive.

3.5 Impact de la surpopulation carcérale

En maison d'arrêt, les détenus sont jeunes et effectuent de courtes peines. Ils passent au minimum 22 heures sur 24 dans leur cellule, avec deux promenades quotidiennes facultatives d'une heure chacune. Les conditions de détention prennent donc une importance particulière dans ces établissements.
Or, la surpopulation carcérale est devenue la problématique majeure des maisons d'arrêt. Avec un taux global de densité carcérale avoisinant les 140 % en France, loin devant la densité carcérale des centres de détention (89 %) et des maisons centrales (75 %), la surpopulation dans les maisons d'arrêt est un fléau qui n'a cessé de s'aggraver ces dernières années et que les différentes politiques judiciaires successives ne semblent pouvoir enrayer.

D'après les statistiques pénales annuelles du conseil de l'Europe (SPACE), la France fait partie des états dont la densité carcérale est la plus élevée en 2016 (117 détenus pour 100 places en moyenne). Mais le taux d'occupation de certaines maisons d'arrêt françaises est bien plus élevé

puisque la législation n'impose pas le placement des détenus en détention provisoire en cellule seule.

Ceci implique l'arrivée de détenus supplémentaires dans des cellules non prévues pour cela, et l'installation de matelas au sol : l'administration pénitentiaire a recensé au 1er janvier 2018, 1 424 détenus dormant sur un matelas posé à même le sol (56). Les conséquences sur la qualité de vie des détenus sont majeures : plus grande promiscuité, défaut d'hygiène, sédentarité, diminution des possibilités de se mouvoir dans la cellule, tout cela allié à la vétusté des locaux.
Le manque de places conduit parfois à placer trois voire cinq détenus dans une cellule dont la taille moyenne est de $9m^2$, et cette situation difficilement tolérable ne semble pas étrangère à la survenue de plus en plus fréquente d'actes auto-agressifs, d'agressions entre détenus, d'actes de violence envers les surveillants. Cette situation met en péril l'état de santé physique et psychologique des détenus confinés de longues heures en cellule, et la sécurité des personnels de surveillance et des détenus. Les détenus sont plus à risque de décompensations psychiatriques, pouvant mener à des passages à l'acte.
Dans leur rapport parlementaire de la commission d'enquête sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires français, en 2000, les rapporteurs mettaient déjà en évidence que les violences contre soi et contre les autres découlaient de la surpopulation carcérale (57).

Cependant, à l'inverse de ce qui est parfois supposé, la surpopulation carcérale ne fait pas augmenter le taux de suicides en prison. Une étude de 2017 portant sur les taux de suicides dans des prisons surpeuplées en Angleterre et au Pays de Galles entre 2000 et 2014 (58), montre que la plupart des suicidés étaient seuls en cellule. Et pour cause, la présence d'un codétenu peut diminuer le vécu d'isolement du détenu, et également rendre matériellement difficile le passage à l'acte sans que le codétenu s'en aperçoive. Cependant il faut prendre en compte le type d'établissement pénitentiaire, puisque les cellules seules sont plus fréquentes dans les établissements de longue peine (centres de détention) et la population y est très distincte de celle des maisons d'arrêt (59). Venant corroborer ces données, la courbe d'évolution à la hausse de la population carcérale ne suit pas celle des suicides en détention.

La surpopulation carcérale est dénoncée comme une atteinte à la dignité des personnes détenues, par le contrôleur général des lieux de privation de liberté, dans son rapport publié en 2016. Elle est « attentatoire à la dignité des personnes et constitue un traitement inhumain et dégradant au sens de l'article 3 de la Cour Européenne de Droits de l'Homme ». La loi française rappelle que les établissements pénitentiaires se doivent de respecter les règles pénitentiaires européennes

(RPE) pour permettre aux personnes détenues de se préparer à « agir en personne responsable, respectueuse des règles et des intérêts de la société » [3](56). Pour tenter d'y remédier, un équilibre est à trouver entre construction de nouvelles places et alternatives à l'incarcération, mais la première option, qui semble aujourd'hui la plus envisagée, ne peut constituer à elle seule une réponse satisfaisante.

3.6 Prévention de la violence en prison : des lacunes

Evaluation des entrants

L'évaluation des détenus arrivants diffère d'un établissement à l'autre. En général, chaque arrivant est vu en entretien par un infirmier de l'unité sanitaire, qui relève ses antécédents et évalue globalement la tolérance à l'incarcération. Le risque de décompensation ou de tentative de suicide est en effet majeur à l'entrée, lié au « choc carcéral », d'où l'importance d'un repérage précoce. Les infirmiers signalent à l'issue de leurs entretiens les détenus qui semblent nécessiter une consultation avec le psychiatre, d'après les éléments cliniques recueillis (idées suicidaires, bizarrerie, mutisme, comportement inadapté, propos délirants).

Dans certains établissements, comme à Fresnes par exemple, des détenus sont adressés systématiquement au psychiatre à leur arrivée, selon des critères précis : jeune âge (moins de 20 ans), première incarcération, antécédents psychiatriques.

Les surveillants sont également vigilants vis-à-vis du risque suicidaire existant au début de l'incarcération, notamment au quartier arrivant. Ils sont formés à repérer les détenus les plus « fragiles » ou à risque suicidaire avéré.

Prévention du suicide

Depuis les années 2000, suite aux différentes circulaires relatives à la prévention du suicide en milieu pénitentiaire et aux recommandations du rapport fait par le Professeur Terra en 2003, une politique active de prévention du suicide des personnes incarcérées en France a été élaborée par l'Administration pénitentiaire ; Ces mesures ont été réaffirmées dans le plan national d'actions de prévention du suicide des personnes détenues en 2009 par la Garde des Sceaux suite aux recommandations de la commission Albrand.

[3] Article 24 de la loi du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales

Deux plans interministériels, le plan d'actions stratégiques de la politique de santé pour les personnes placées sous main de justice (2010-2014) et le programme national d'actions face aux suicides (2011-2014), ont mis l'accent sur la nécessité d'améliorer la qualité des données et le suivi du phénomène suicidaire notamment en prison.

Le rapport de la Commission Albrand préconisait notamment :

- la formation continue des personnels pénitentiaires, notamment de ceux affectés à la surveillance de zones de détention dites « sensibles » (quartier disciplinaire, quartier arrivant, quartier d'isolement, quartier mineur, SMPR)
- la formation des détenus au soutien d'un codétenu en souffrance (comme en Espagne et en Grande Bretagne)
- l'accès au QD à la radio et au téléphone si impossibilité de visite familiale
- des groupes de parole si au moins 2 suicides dans un même établissement en moins de 6 mois, pour éviter le risque de contagion psychique
- l'utilisation de couvertures indéchirables et de vêtements déchirables en cas de crise suicidaire
- une commission pluridisciplinaire prévention suicide au minimum bimensuelle avec présence du SPIP (60).

En cas de risque suicidaire avéré, le détenu peut désormais être placé en cellule de protection d'urgence (CproU), une cellule spéciale sans point d'accroche, avec pyjama et couverture déchirables. Le psychiatre peut demander ce placement. Un détenu ne peut y rester plus de 24h, dans l'attente d'une prise en charge sanitaire adaptée.
Pour améliorer la prévention du suicide notamment dès les premiers temps de l'incarcération, l'administration a mis en place, en 2002, une grille permettant l'évaluation du potentiel suicidaire lors de l'entretien à l'entrée en détention. Cette grille prend en compte non seulement tous les éléments mentionnés précédemment mais plus généralement l'ensemble des facteurs de risques judiciaires et pénitentiaires, les risques familiaux, socio-économiques, les risques sanitaires, le comportement de la personne et l'évaluation de l'urgence (35).

A ce jour, il n'existe pas de dispositif ciblant la prévention des comportements hétéro agressifs (agressions de détenus et de surveillants, rixe). A l'entrée en détention, les personnes présentant une personnalité antisociale et donc une tendance aux comportements impulsifs, par exemple, sont en général peu demandeuses d'un suivi psychiatrique et sont donc rarement repérées par les psychiatres, ce qui empêche tout travail de prévention de la violence en amont.

C'est le plus souvent après la survenue de ce type d'incidents (lorsqu'ils sont signalés) que le détenu auteur est vu en consultation par le psychiatre, souvent au quartier disciplinaire. Il peut en faire la demande lui-même, en général lorsqu'il tolère difficilement le QD, ou sur signalement par l'administration pénitentiaire. Si le détenu entre alors dans un processus de soins, la prévention visera à empêcher la récidive de violence.

Nous avons vu dans ce travail que les troubles psychiatriques, de plus en plus nombreux en milieu carcéral, pouvaient participer à la survenue de violences auto- et hétéro-agressives. Or, les passages à l'acte violents en détention ne sont pas tous bien décrits dans la littérature : si les facteurs de risque de comportements suicidaires sont plutôt bien repérés, ceux qui concernent les comportements hétéro-agressifs ont été moins traités dans les études. Du fait de ces lacunes, la prévention de la violence hétéro-agressive est quasiment inexistante en prison.

IV ETUDE DES FACTEURS DE RISQUE DE PASSAGE A L'ACTE VIOLENT EN MILIEU CARCERAL A PARTIR D'UNE POPULATION DE DETENUS DE LA MAISON D'ARRET DE VILLENEUVE LES MAGUELONE

4.1 Situation du sujet et justificatif de l'étude

La violence est endémique en prison, qu'elle soit de nature auto- ou hétéro-agressive. Au vu de la surreprésentation des troubles psychiatriques en prison, l'enjeu est de connaître leur influence sur la survenue de comportements violents en détention.

Or, si des études portant sur le suicide en prison ont été menées en France, les études françaises portant sur la violence hétéro-agressive sont quasiment inexistantes. De ce fait, la réflexion sur les outils de dépistage de la violence spécifiques à la prison n'a pas donné lieu pour le moment au développement de nouvelles approches.

La violence auto-agressive regroupe les tentatives de phlébotomie, les scarifications, l'intoxication médicamenteuse, l'ingestion de corps étrangers, la tentative de pendaison, le suicide abouti, l'intoxication à la fumée. Parmi les actes auto-agressifs, le suicide est défini comme un acte délibéré, visant à accomplir un geste de violence (pendaison, strangulation), ou à ingérer une substance toxique ou des médicaments à une dose supérieure à celle considérée comme thérapeutique.
L'hétéro-agressivité, elle, se manifeste aussi de plusieurs manières : rixe, agression de détenu, agression de personnel pénitentiaire, émeute.

Notre étude a été menée au sein de la maison d'arrêt de Villeneuve les Maguelone située dans le sud de la France (Hérault), qui dépend de la direction interrégionale pénitentiaire de Toulouse. Au 1er janvier 2012, elle recensait 655 hommes détenus, pour une capacité opérationnelle de 593 places, soit une densité carcérale de 136 % (61). Le centre pénitentiaire de Villeneuve-les-Maguelone est l'établissement dont le taux de sur-occupation est l'un des plus importants de la région.

L'unité sanitaire de la maison d'arrêt relève du centre hospitalier universitaire de Montpellier, et est rattachée au pôle « urgences » depuis juin 2008. Au sein de l'unité sanitaire, le dispositif de soins psychiatriques permet de dispenser des soins psychiatriques dits de niveau 1, et fait partie du pôle urgence et post-urgence psychiatriques, sous la responsabilité du Professeur COURTET. Il s'agit de prises en charge ambulatoires avec le consentement du patient. Ce dispositif est coordonné par le docteur LACAMBRE, psychiatre hospitalier, responsable de la filière de psychiatrie légale. Le DSP est désormais sous la responsabilité du docteur MANZANERA, psychiatre hospitalier. Il est constitué principalement de 4 psychiatres et de 3 psychologues assurant des consultations quotidiennes en détention, à tour de rôle.

Concernant les chefs d'inculpation, d'après les statistiques de la maison d'arrêt, la majorité des détenus sont incarcérés pour violences (29 %), trafic de stupéfiants (19 %), et vols simples (16%) (61).

4.2 Matériel et méthode

4.2.1 Hypothèse

Nous émettons l'hypothèse que la survenue d'incidents violents en prison est associée à certains troubles psychiatriques présents chez le sujet détenu et repérables à l'entrée en détention.

4.2.2 Objectifs

L'objectif de cette étude est de mettre en évidence des facteurs de risque psychiatriques et criminologiques repérables à l'entrée en détention, pouvant être associés à la survenue de comportements violents dans les douze mois suivant l'entrée en détention.

4.2.3 Critères de jugement

Le critère de jugement principal est le fait pour un détenu d'avoir eu au moins un (ou plusieurs) rapport d'incident établi par l'administration pénitentiaire durant sa première année de détention à Villeneuve les Maguelone.

4.2.4 Design de l'étude

Nous avons mené une étude observationnelle descriptive, monocentrique et prospective. Il s'agit d'une étude s'apparentant à une étude « cas-témoins nichée » (*Nested case-control study*) qui a pour particularité d'identifier les « cas » à la fin du suivi et de sélectionner l'échantillon témoin parmi les « non-cas ».

La population cible de cette étude est l'ensemble de la population carcérale et notamment celle des maisons d'arrêt.

4.2.5 Population

Patients inclus

La population d'étude concerne tous les entrants à Villeneuve les Maguelone sur l'année 2012, qu'il s'agisse de détenus arrivants du milieu ouvert (le plus souvent après la garde à vue), ou de détenus transférés depuis un autre établissement pénitentiaire, mineurs et majeurs de sexe masculin. Ils constituent notre population source.

Critères d'exclusion

Nous excluons :

- les sujets ne parlant pas le français

- les sujets pour lesquels nous ne disposons pas des données sur l'âge ni sur le délai écoulé depuis le début de leur incarcération

- les sujets dont nous n'avons aucune information du MINI (refus ou impossibilité de réaliser le questionnaire)

4.2.6 Protocole

Recueil de données au niveau du dossier patient

Le recueil des données a été intégralement réalisé dans les locaux de la maison d'arrêt de Villeneuve les Maguelone, à l'unité sanitaire et au greffe.

Les données ont été obtenues à partir des dossiers médicaux des sujets arrivants :

- Données socio démographiques : âge, statut matrimonial, parentalité, enfance, niveau de scolarité, type de logement, type de ressources financières perçues, situation professionnelle, mesure de protection.
- Données d'ordre judiciaire/pénales : chef d'inculpation, statut pénitentiaire, date de début d'incarcération, type d'infraction, antécédents judiciaires, reconnaissance des faits reprochés.
- Données médicales : antécédents psychiatriques, traitement à l'entrée (somatique, psychiatrique, de substitution), rapport à l'acte (expression de remords et/ou regrets, sentiment de culpabilité), données issues du MINI et de l'hétéro-questionnaire RUD (cf infra).

Les données médicales s'appuient notamment sur l'évaluation psychiatrique standardisée effectuée lors des entretiens médicaux d'entrée, pour chaque nouvel arrivant. Elle s'articule autour de deux hétéro-questionnaires :

- La Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI) est un hétéro-questionnaire standardisé de diagnostic développée par des psychiatres et cliniciens aux Etats-Unis et en Europe, qui permet de repérer les troubles mentaux majeurs (troubles de l'axe I et de l'axe II), issus du DSM-IV et de la CIM-10. Il peut être réalisé en 15 minutes environ, et permet de mettre en évidence rapidement et de façon précise, un diagnostic de trouble mental sur la vie entière ou un épisode actuellement en cours d'évolution
- L'échelle Risque-urgence-dangerosité (RUD) permet d'évaluer le risque suicidaire, et s'appuie sur 3 types de facteurs de risque de suicide, appelées facteurs primaires, secondaires et tertiaires.

Tableau 4 : Facteurs de risque de suicide

Facteurs de risque primaires	Troubles mentaux Antécédents personnels et familiaux de suicide ATCD de tentative de suicide Idées suicidaires Impulsivité
Facteurs de risque secondaires	Pertes parentales précoces Isolement social Chômage ou difficultés financières Evènements de vie négatifs sévères
Facteurs de risque tertiaires	Sexe masculin Age (adolescence, sénescence) Périodes de vulnérabilité

Ces entretiens avec les sujets entrants ont été menés par des psychologues et psychiatres exerçant dans la maison d'arrêt et ont duré en moyenne une demi-heure, selon les sujets.

Recueil de données au niveau des rapports d'incident

Nous avons ensuite recueilli les rapports d'incidents établis par les services de l'administration pénitentiaire, dans lesquels sont impliqués les individus incarcérés pendant l'année 2012, et ce pendant les 12 mois suivant leur incarcération à Villeneuve. Ces rapports sont rédigés systématiquement après la survenue d'un incident.

Un rapport d'incident est établi dans six situations principales : détention de stupéfiants ou d'un téléphone portable en cellule, recel, destruction de matériel, incendie, acte auto-agressif ou hétéro-agressif. Les différentes formes de violence (auto ou hétéro-agressive) sont ensuite détaillées selon leur type.

Dans ces rapports d'incident, nous avons recueilli :

- Les dates de début d'incarcération et le délai écoulé depuis l'arrivée à Villeneuve-les-Maguelone
- La date de l'incident et son horaire, le lieu et le type d'incident

Si un détenu de la cohorte a été impliqué dans plusieurs incidents durant les 12 mois suivant son incarcération, chaque rapport d'incident a été recueilli et analysé.

L'ensemble de ces données nécessaires à l'analyse ont été ensuite reportées depuis les documents sources, vers les dossiers entrants papier spécifiques à l'étude afin d'uniformiser le recueil des informations.
Les données ont été recueillies de façon confidentielles et ont été anonymisées par l'investigateur, les psychologues et attachés de recherche clinique, au sein de l'unité sanitaire de la maison d'arrêt de Villeneuve-les-Maguelone. Seul le personnel travaillant sur l'étude, a eu accès aux dossiers médicaux, et ne s'en est servi que dans ce but. Les données ont ensuite fait l'objet d'un traitement informatique, et ont été traitées par le personnel de l'INSERM.

Un avis du Comité de protection des personnes Sud Méditerrannée IV a été sollicité ; celui-ci a estimé qu'il ne s'agissait pas d'une recherche biomédicale. L'étude a bénéficié de l'avis favorable de la CCTIRS (Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche) et de la CNIL (Commission nationale de l'informatique et des libertés).

4.2.7 Analyses statistiques

Le codage, la saisie, le traitement des données ainsi que les analyses statistiques ont été réalisées au sein de l'unité Inserm U1061 (Pr K.Ritchie, Hopital la Colombière, Montpellier).
Les analyses ont été réalisées par Séverine Béziat, assistée par Isabelle Jaussent, à l'unité INSERM du CHU de Montpellier.

Les analyses ont été réalisées avec le logiciel SAS 9.4, avec un seuil de significativité $p<0.05$.
Pour décrire la population de l'étude et les incidents recueillis, nous avons utilisé des calculs de moyennes et d'écarts type pour les variables quantitatives ; et des pourcentages pour les variables qualitatives.

Nous avons tout d'abord réalisé des analyses univariées et multivariées en distinguant deux groupes de sujets : ceux qui n'ont pas commis d'incident *versus* ceux ayant commis au moins un incident sur la période d'étude.
Pour identifier des facteurs de risque liés à la survenue d'un incident violent, chaque facteur de risque potentiel a été considéré individuellement à l'aide d'une analyse univariée. Celle-ci a été réalisé par régression logistique brute. Le modèle multivarié, quant à lui, a pris en compte les variables significatives à 10 % en univariée. La régression logistique brute a donc été ajustée sur les paramètres retrouvés significatifs en analyse univariée.

Puis, nous avons réalisé une analyse univariée selon trois groupes : ceux n'ayant pas commis d'incident *versus* ceux ayant commis au moins un incident *versus* ceux ayant commis plus d'un incident, via une régression logistique polytomique brute.

Enfin, nous avons réalisé une analyse multivariée selon les 3 mêmes groupes via une régression logistique ajustée sur les variables significatives à 10% retrouvées en univariée.

4.3 Résultats

4.3.1 Analyse descriptive de la population

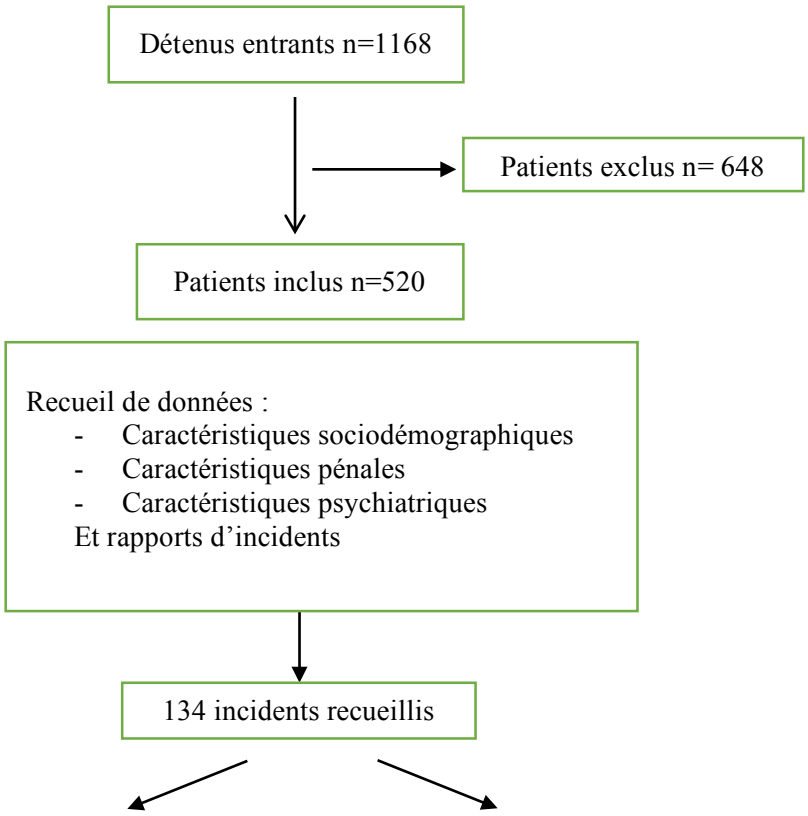
La population initiale correspondait aux 1168 détenus entrants, de sexe masculin, dans la maison d'arrêt sur l'année 2012.

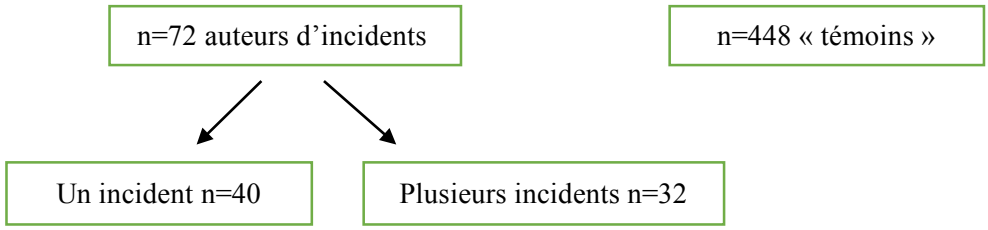
Nous avons exclu :

- 632 individus pour lesquels nous ne disposions pas de données issues du MINI à l'entrée
- 6 sujets ne parlant pas le français
- 10 sujets pour lesquels nous ne disposions pas du délai écoulé depuis leur incarcération

Au final, l'échantillon de l'étude est donc constitué de 520 sujets.

<u>Design de l'étude :</u>





Caractéristiques sociodémographiques

Les détenus de la cohorte avaient entre 15 et 77 ans, avec une moyenne d'âge de 31 ans.
Concernant leur situation matrimoniale, 46 % d'entre eux étaient célibataires et 41,4 % mariés ou en concubinage. La majorité n'avaient pas d'enfants (54,3 %). Ils sont 80 % à disposer d'un logement stable, tandis que 22 % d'entre eux déclarent un logement précaire et 8 % pas de logement.
Une large majorité d'entre eux (soit 81 %), a bénéficié d'une scolarité seulement jusqu'au collège, 4 fois plus nombreux que ceux ayant étudié jusqu'à un niveau lycée ou université. La majeure partie des détenus (47,5 %) décrivent leur enfance comme difficile ou chaotique, 9,7 % comme traumatique.
Concernant leur situation professionnelle, ils sont 53,6 % à ne pas avoir d'emploi ou à être demandeurs d'emploi. Près d'un tiers d'entre eux (32,7 %) vit de ressources sociales (RSA par exemple) et 12,2 % n'ont aucune ressource financière. La plupart n'ont pas de mesure de protection (98,9 %).

Tableau 4 : Caractéristiques sociodémographiques des sujets inclus

	Nombre de patients (n)	**Pourcentage (%)**
Age (moyenne)	31.1	
Statut matrimonial		
Célibataire	239	46.2
Marié/concubin	214	41.4
Séparé/divorcé	62	12
Enfants		
non	279	54.3
oui	225	43.8
Type de logement		

Absent	22	4.45
Précaire	80	16.3
Stable	390	79.3
Scolarité		
Primaire/collège	396	81
Lycée/universitaire	93	19.0
Enfance		
Stable	155	42.8
Difficile/chaotique	172	47.5
Traumatique	35	9.7
Situation professionnelle avant l'incarcération		
Activité pro en milieu ordinaire /protégé	227	46.4
Demandeur d'emploi/sans emploi	262	53.6
Mesure de protection		
Non	460	98.9
Oui	5	1.1
Ressources		
Salariés	194	38.7
Aides Sociales(+/- salariés)	164	32.7
Sans	61	12.2

Caractéristiques judiciaires

Au sein de la cohorte, la grande majorité des détenus (71,8%), sont des entrants directs depuis le milieu ouvert.

Contrairement à ce qui est attendu en maison d'arrêt, plus de la moitié des sujets sont déjà condamnés (54 %), et 42,6 % sont prévenus, en attente de jugement. La plupart (79,3 %) ont déjà des antécédents sur le plan judiciaire à leur arrivée.

Les infractions les plus fréquemment à l'origine de l'incarcération sont les infractions contre les personnes (29,9 %), contre les biens (27 %), et infractions mixtes (23,7 %). Dans leur positionnement, plus d'un tiers des sujets nient les faits pour lesquels ils ont été condamnés (35,1 %) et 31,3 % d'entre eux n'expriment pas de remords et/ou regrets vis à vis de l'acte. Enfin, près de 40 % des sujets ne ressentent aucune culpabilité.

Tableau 5 : Caractéristiques judiciaires des sujets inclus

	Nombre de patients (n)	**Pourcentage (%)**
Statut avant incarcération		
Entrant depuis milieu ouvert	**370**	**71.8**
Transféré	**145**	**28.2**
Statut judiciaire		
Condamné	**278**	**54.1**
Prévenu	**219**	**42.6**
Condamné+ prévenu	**17**	**3.3**
ATCD judiciaires		
Oui	**402**	**79.3**
Non	**105**	**20.7**
Type d'infraction		
Contre les biens	**129**	**27.0**
Contre les personnes	**143**	**29.9**
Mixte	**113**	**23.7**
ILS	**56**	**11.7**
Autre	**36**	**7.5**
Déni des faits		
Complet/partiel	**100**	**35.1**
Non	**185**	**64.9**
Remords, regrets		
Oui	**180**	**68.7**
Non	**82**	**31.3**
Culpabilité		
Oui	**156**	**60.7**
Non	**101**	**39.3**

Caractéristiques cliniques

Les données cliniques sont issues du MINI pour 488 sujets, et du dossier médical pour 32 sujets. Sur le plan thymique, on observe que près de 46 % des détenus de la cohorte ont présenté ou

présentent un épisode dépressif caractérisé à l'entrée, et 30,8 % sont à risque suicidaire actuel. Si on observe les antécédents, 22 % des détenus à l'entrée ont déjà un antécédent de tentative de suicide.

Parmi les sujets à risque suicidaire, 16 % ont déjà fait une tentative de suicide dans leur vie. Chez ces mêmes sujets, ils sont 20 % à avoir pensé qu'il vaudrait mieux être mort, près de 13 % à avoir voulu se faire du mal et plus de 13 % à avoir pensé à se suicider. Ils sont près de 8 % à avoir établi la façon dont ils pourraient se suicider.

L'échelle RUD a été cotée chez 107 individus (soit 20,6% de l'échantillon), lorsqu'ils présentaient un risque suicidaire. Parmi les sujets ayant passé la RUD, 87,7% ont au moins un facteur primaire, ce qui correspond à un risque suicidaire élevé. Concernant les facteurs secondaires et tertiaires, 7,8% ont au moins 5 facteurs de risque secondaires et tertiaires, ce qui correspond à un risque suicidaire élevé, et 63,7% ont 3 ou 4 facteurs correspondant à un risque modéré. L'urgence était estimée moyenne pour 23 % d'entre eux et le niveau de dangerosité était estimé élevé chez près de 9 % de ces sujets.

Par ailleurs, concernant les troubles de l'humeur, on constate que près de 12 % des détenus présentent ou ont présenté un syndrome maniaque ou hypomaniaque dans leur vie, et on retrouve assez logiquement 12 % de patients souffrant d'un trouble bipolaire.

Enfin, plus de 10 % des détenus présentent un diagnostic de syndrome psychotique actuel et/ou vie entière à l'entrée et près d'un tiers des patients (32,1 %) ont un diagnostic de trouble de la personnalité antisociale.

Sur le plan addictologique, 38,2 % ont déjà présenté ou présentent une dépendance à l'alcool ou un abus ; et plus de la moitié des sujets (52,8 %) déclarent une dépendance aux substances psychoactives. Au total, plus de deux tiers des sujets (67,3 %) présentent une problématique addictive à l'entrée (alcool et autres substances confondues).

40 % des sujets bénéficient déjà d'un traitement à l'entrée en détention, et plus de la moitié (54 %) d'entre eux prennent un traitement psychotrope (hors traitement substitutif des opiacés).

Tableau 6 : caractéristiques psychiatriques des sujets inclus

	Nombre de patients (n)	Pourcentage (%)
Episode dépressif caractérisé		
Oui	221	45.9
Non	260	54.0
Risque suicidaire actuel		
Oui	149	30.8
Non	335	69.21
Hypomanie		
Oui	41	8.7
Non	429	91.3
Manie		
Oui	19	4.1
Non	449	95.9
Trouble bipolaire		
Oui	60	12.8
Non	409	87.2
Dépendance et/ou abus d'alcool		
Oui	192	38.7
Non	304	61.3
Dépendance et/ou abus de substance		
Oui	267	52.8
Non	239	47.2
Dépendance et/ou abus d'alcool et/ou de substances		
Oui	340	67.3
Non	165	32.7
Syndrome psychotique		
Oui	51	10.6
Non	428	89.3
Trouble de l'humeur avec CP*		

Oui	20	4.3
Non	448	95.7
Trouble de la personnalité antisociale		
Oui	144	32.1
Non	304	67.9
Traitement à l'entrée		
Oui	206	39.8
Non	311	60.1

* : caractéristiques psychotiques

Description des incidents

Nous avons recueilli 134 incidents au cours de la période d'étude, commis par 72 auteurs. 448 sujets n'ont pas commis d'incident ; 40 sujets ont commis un seul incident et 32 en ont commis plusieurs.

En moyenne, les incidents ont eu lieu environ sept mois après l'arrivée du détenu à Villeneuve les Maguelone (213 jours) et 83 jours après la dernière audience ou jugement.
La majorité des incidents a eu lieu le mardi (21 % des incidents), et plus de la moitié d'entre eux sont survenus dans l'après-midi (56,1 %). 44,7 % des incidents ont eu lieu pendant la promenade, 18 % dans les coursives.
Concernant le type d'incident, nous avons recensé une large majorité d'actes violents :

- **130 incidents violents** : dont 125 gestes hétéro-agressifs
  et 5 gestes auto-agressifs
- 4 incidents « autres » : 3 rapports pour destruction de matériel 1 refus d'intégrer la cellule.

- Parmi les **incidents auto-agressifs**, on retrouve une tentative de pendaison, un incident « autre » non précisé, un incident par coups auto administrés, et deux incidents non détaillés.
- Parmi les **incidents hétéro-agressifs**, on retrouve 50 rapports pour rixe (impossible de savoir qui est l'auteur et qui est la victime), 43 agressions de codétenus, 9 agressions de personnel de surveillance, une agression de personnel du service pénitentiaire d'insertion et de probation, une agression d'un visiteur, 3 actes violents non précisés, 22 rapports de victime d'agression, 2 incidents où l'individu mis en cause est auteur et victime à la fois.

Résultats sur les auteurs des incidents

Plus des deux tiers des auteurs étaient incarcérés dans le cadre d'une procédure correctionnelle (68,6 %), et avaient déjà un antécédent d'incarcération (70 %). La majorité d'entre eux avaient le statut de condamné (58,2 %) et étaient incarcérés pour faits de violences contre les personnes ou violences mixtes (contre les biens et les personnes) à 59,7 %.
La majeure partie des auteurs (74 %) étaient suivis à l'unité sanitaire avant l'incident et parmi ceux-ci, 62 % prenaient un traitement psychotrope, 4 % un traitement de substitution des opiacés. Seuls 6 % de auteurs bénéficiaient d'une surveillance particulière par l'administration pénitentiaire avant l'incident.

Les analyses menées sur les auteurs en travaillant sur le premier incident commis, donnent des résultats similaires à l'analyse globale des incidents.

4.3.2 Analyses univariée et multivariée

Analyse selon 2 groupes : pas d'incident *versus* au moins un incident

Au total, 448 sujets n'ont eu aucun rapport d'incident dans les 12 mois tandis que 72 sujets ont eu au moins un rapport d'incident.

Pour simplifier le commentaire des résultats, nous nommerons le groupe des sujets n'ayant pas commis d'incident, groupe « pas d'incident », et le groupe de ceux ayant commis au moins un incident, groupe « incident ».

- Analyse univariée

Les facteurs de risque sociodémographiques significativement associés à la survenue d'un incident sont :

- **L'âge jeune** : les sujets du groupe incident sont significativement **plus jeunes** (23.5 ans) que ceux n'ayant commis aucun incident, qui ont en moyenne 29 ans (OR=0.93, IC (0.90-0.96) et p=0.0001).

- Le statut de **célibataire sans enfants :** 69 % des sujets auteurs d'incident sont célibataires (avec p=0.06) et n'ont **pas d'enfants** (69,4 % avec p=0.006)

Les individus des deux groupes ont en majorité un logement stable (77 %), une scolarité allant jusqu'au collège en moyenne, et sont entre 30 et 35 % dans les deux groupes à déclarer avoir eu une enfance difficile. Ces résultats sont relativement semblables dans les deux groupes, mais ils ne sont pas statistiquement significatifs, de même que ceux concernant leur situation professionnelle, l'existence d'une mesure de protection et le niveau de ressources financières.

Concernant leurs caractéristiques judiciaires, les résultats obtenus ne sont pas significatifs (p> 0.05). On peut noter que les sujets des 2 groupes sont en majorité entrants depuis l'extérieur au moment de l'inclusion (72 % et 68 %), ont déjà des antécédents judiciaires à l'entrée et reconnaissent leur chef d'inculpation. Dans les deux groupes, l'infraction majoritaire est celle contre les personnes, en plus forte proportion dans le groupe « incident » (62,3 % contre 52,2 % dans le groupe 1).

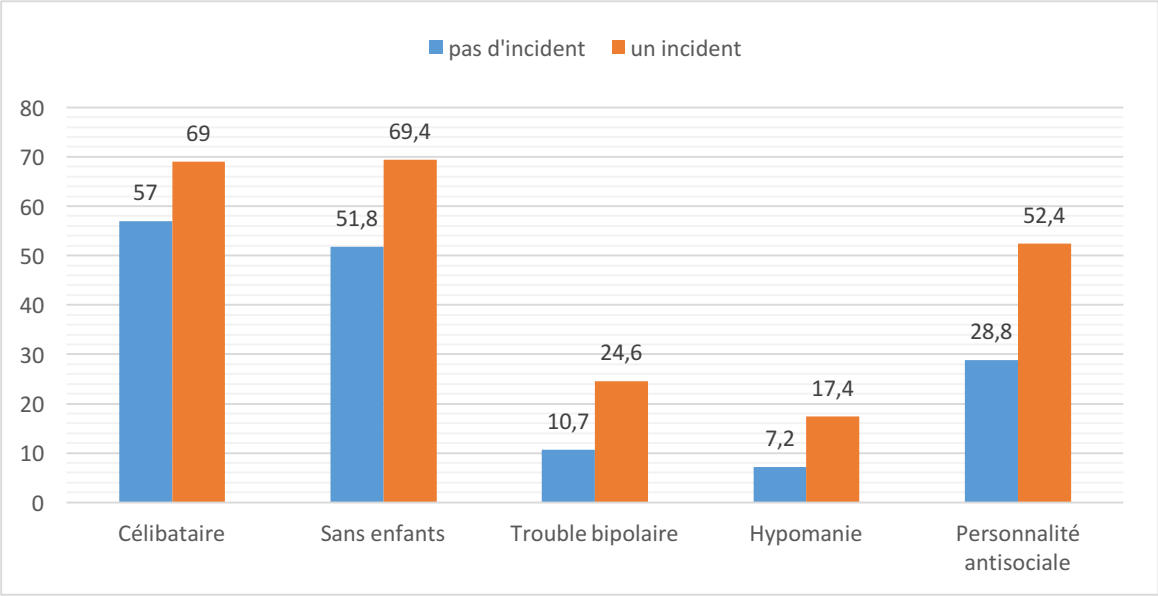
Dans les deux groupes, les sujets reconnaissent en majorité les faits. Ils ne se sentent pas coupables, à 51 % dans le groupe « incident », soit en plus forte proportion que dans le groupe « pas d'incident » (37 %). Ils ne sont que 25,6 % dans le groupe « incident » à éprouver des remords ou des regrets vis-à-vis de ce qu'ils ont commis, contre 39,5 % dans le groupe « pas d'incident ». Là encore, les différences observées entre les deux groupes ne sont pas significatives.

Concernant les caractéristiques cliniques, trois résultats apparaissent significatifs :

- Le diagnostic de **trouble bipolaire** : le risque est près de trois fois plus haut d'avoir ce diagnostic chez les sujets auteurs d'incident (24,6 %) que chez ceux n'en ayant pas commis (10,7 %) (OR=2.71, IC (1.44-5.11) et p=0.002).
- Le diagnostic **d'hypomanie actuelle et/ou passée** est également plus élevé dans le groupe « incident » (17.4%) que dans le groupe « pas d'incident » (7,2 %) (OR=2.70, IC (1.30-5.59) et p=0.008).
- Le diagnostic de **trouble de la personnalité antisociale** : porté chez 52,3 % des sujets du groupe « incident » contre 28,8 % des sujets du groupe « pas d'incident » (OR=2.72, IC (1.58-4.67) et p=0.0003).

Les autres diagnostics ne sont pas associés à des différences statistiquement significatives entre les deux groupes, que ce soit l'épisode dépressif, le risque suicidaire, le trouble psychotique ou les dépendances à l'alcool et aux substances psychoactives.

Figure 4 : Paramètres significatifs associés à la survenue d'un incident en analyse univariée (hormis l'âge)



- Analyse multivariée

Après ajustement, en analyse multivariée, trois paramètres demeurent associés de façon significative à la survenue d'un incident :

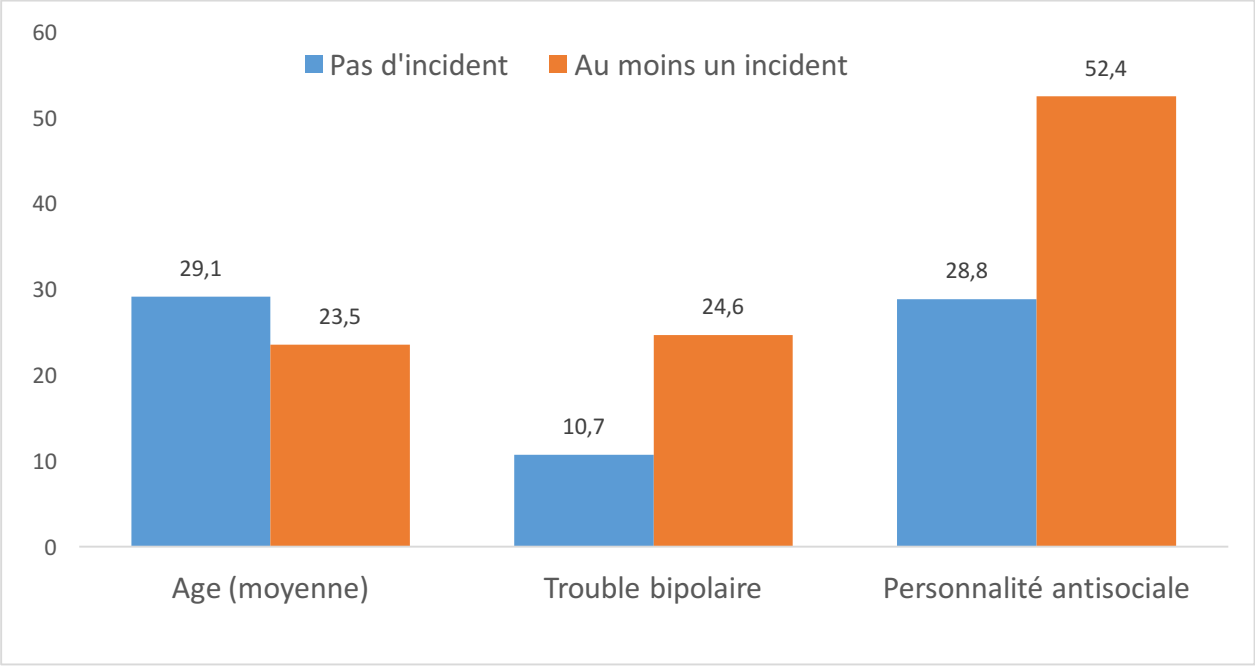
- **L'âge** reste significativement plus jeune chez les sujets du groupe « incident », par rapport à ceux du groupe « pas d'incident » (OR=0.95, IC (0.91-0.98) et p=0.005).
-Le **trouble bipolaire,** avec OR=2.45, IC (1.19-5.03) et p=0.01.
-Le diagnostic de **trouble de la personnalité antisociale** avec OR=1.96, IC (1.08-3.53) et p=0.03.

Tableau 7 : Facteurs de risque associés à la survenue d'un incident chez les détenus entrants en 2012 à la maison d'arrêt de Villeneuve les Maguelone

Variable	Groupe pas d'incident (n= 448)	Groupe incident (n = 72)	Analyse univariée	Analyse multivariée

	n	%	n	%	OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p
Age (moyenne en années)	**29.1** (15.20-78.0)		**23.51** (15.14-45.04)		**0.93** (0.90-0.96)	<0.0001	**0.95** (0.91-0.98)	**0.005**
Situation matrimoniale								
Célibataire/divorcé/séparé/veuf	254	56.9	49	69.0	1	0.06	1	0.84
Marié/concubin	192	43.0	22	30.9	0.59 (0.35-1.02)	-	0.93 (0.47-1.85)	-
Enfants								
Non	229	51.8	50	69.4	1.0	0.006	1.0	0.13
Oui	213	48.2	22	30.5	0.47 (0.28-0.81)	-	0.56 (0.26-1.19)	-
Hypomanie								
Non	372	92.8	57	82.6	1.0	0.008	-	-
Oui	29	7.2	12	17.4	2.70 (1.30-5.59)	-	-	-
Trouble bipolaire								
Non	357	89.2	52	75.4	1.0	0.002	1.0	**0.01**
Oui	**43**	**10.7**	**17**	**24.6**	**2.71** (1.44-5.11)	-	**2.45** (1.19-5.03)	-
Trouble de la personnalité antisociale								
Non	274	71.2	30	47.6	1.0	0.0003	1.0	**0.03**
Oui	111	**28.8**	**33**	**52.4**	**2.72** (1.58-4.67)	-	**1.96** (1.08-3.53)	-

Figure 5 : Paramètres associés significativement à la survenue d'un incident après ajustement (analyse multivariée)



Analyse selon 3 groupes : « pas d'incident » *versus* « un incident » *versus* « plus d'un incident »

Pour simplifier la présentation des résultats, le groupe de sujets n'ayant pas commis d'incident sera nommé « pas d'incident » ou groupe 1 , le groupe de sujets ayant commis un incident sera nommé « un incident » ou groupe 2 ; et le groupe de sujets ayant commis plus d'un incident sera nommé « plusieurs incidents » ou groupe 3.

L'analyse en trois groupes retrouve après ajustement, en analyse multivariée, deux facteurs de risque statistiquement associés à la survenue d'un incident :

- L'âge plus jeune
- Le trouble bipolaire

Analyse univariée

L'**âge** des sujets est significativement plus jeune dans le groupe « plusieurs incidents » (20.5 ans), que dans les groupe « un incident » (25.4 ans) et « pas d'incident » (29.1 ans), avec $p<0.0001$. Les odds ratio comparant les 3 groupes entre eux sont proches de 1.

Le **statut marital** est un paramètre ressortant également comme significatif. Les individus célibataires ou séparés ou divorcés sont significativement plus nombreux dans les

groupes « incident » et « plusieurs incidents » que dans le groupe 1, avec p=0.06. De la même façon, les sujets du groupe 3 sont plus nombreux à **ne pas avoir d'enfants** (80%) que ceux du groupe 2 (61.9%) et que ceux du groupe 1 (51.8%), avec p=0.01 ; cette différence est donc significative. De plus, on constate que le taux de personnes **sans activité professionnelle** est plus élevé dans le groupe 3 (51.7%), par rapport au groupe 2 (23.7%) et au groupe 1(25.3%) et ce résultat est significatif (p=0.04).

Les résultats concernant les caractéristiques judiciaires ne montrent aucune différence significative entre les 3 groupes.

Sur le plan clinique, de façon similaire à l'analyse en 2 groupes, on retrouve 3 facteurs significatifs associés à la survenue d'un incident :

- Le diagnostic d'**hypomanie** actuelle ou passée dans le groupe 2 par rapport au groupe 1 (OR=3.21 ; IC 1.36-7.60) et dans le groupe 3 par rapport au groupe 1 (OR=2.05 ; IC 0.67-6.30) avec p=0.02.
- Le diagnostic de **trouble bipolaire**, plus représenté dans le groupe 2 par rapport au groupe 1 (OR=3.56 ; IC 1.69-7.51), et dans le groupe 3 par rapport au groupe 1 (OR=1.73 ; IC 0.63-4.77) avec p=0.003.
- Le diagnostic de **trouble de la personnalité antisociale**, avec un risque multiplié par plus de deux chez le groupe 2 par rapport au groupe 1 (OR=2.73 ; IC 1.41-5.27) et chez le groupe 3 par rapport au groupe 1 (OR=2.69 ; IC 1.15-6.28) avec p=0.001.

<u>Analyse multivariée-modèle ajusté sur les valeurs à 10 %</u>

On met en évidence deux facteurs restant significatifs après ajustement :

- **L'âge plus jeune** des sujets qui ont commis un incident (OR=0.94; IC 0.90-0.99) et de ceux qui ont commis plusieurs incidents (OR= 0.97 ; IC 0.91-1.02) avec p=0.04, par rapport à ceux n'en ayant pas commis.
- Le diagnostic de **trouble bipolaire** statistiquement associé à la survenue d'un incident (groupe 2 : OR=2.72 ; IC 1.14-6.51) et de plusieurs incidents (groupe 3 : OR=2.62 ; IC 0.82-8.43) par rapport aux patients n'ayant commis aucun incident (groupe 1) avec p=0.03.

Au total, ces analyses mettent en évidence deux types de résultats :

- Les sujets auteurs d'incidents sont significativement plus jeunes que ceux qui n'en ont pas commis, et ont plus souvent un diagnostic de trouble bipolaire ou de trouble de la

personnalité antisociale. Le facteur de risque le plus associé à la survenue d'un incident est le diagnostic de trouble bipolaire (OR=2.45).

- L'analyse en trois groupes montre que l'association est moins forte concernant le trouble bipolaire, lorsqu'on compare les auteurs responsables de plusieurs incidents par rapport aux auteurs d'un seul incident (OR= 0.96). Ceci est vrai également pour l'âge jeune, qui n'est plus un facteur de risque significatif entre les sujets ayant commis plusieurs incidents et ceux qui n'en ont commis qu'un (OR= 1.02).

4.4 Discussion

4.4.1 Discussion des résultats

Cette étude, au design unique, est l'une des premières portant sur la violence notamment hétéro-agressive chez des détenus d'une prison française. De plus, l'échantillon étudié est de grande taille, ce qui augmente la fiabilité des résultats.

La population d'étude correspond globalement au profil des individus incarcérés en maison d'arrêt, que l'on retrouve dans la littérature : enfance chaotique/difficile, faible niveau scolaire, situation professionnelle précaire, antécédents de condamnations, incarcération pour infractions mixtes contre les biens et personnes en majorité. Elle est donc assez représentative de ce type de population carcérale.

Sur le plan clinique, la prévalence des troubles psychiatriques chez les détenus entrants est nettement supérieure à ce qui est classiquement identifié dans la littérature. On dénombre en effet 46 %, soit près de deux fois plus de trouble dépressifs caractérisés par rapport à l'étude de Falissard (9) et 4 fois plus que dans la méta-analyse de Fazel (10), 12 % de troubles bipolaires *versus* 1,3% chez Falissard ; un taux de dépendance aux substances multiplié par 6 par rapport à Falissard. La prévalence des troubles psychotiques est quant à elle légèrement inférieure à ce qui est retrouvé dans les études françaises.

Ces écarts peuvent s'expliquer par les différences d'instruments de mesure utilisés dans les études, par le type d'établissement pénitentiaire étudié, par les taux possiblement plus élevés de certains troubles à l'entrée en prison que par la suite, comme les troubles d'usage de substances. Cette différence peut aussi être liée à l'augmentation probable du nombre de sujets souffrant de troubles psychiatriques dans les prisons françaises depuis l'étude de 2006 de Falissard ;

Notre étude met en évidence des taux importants de dépendance aux substances ou à l'alcool (67,3 %), d'épisode dépressif (45,9 %) et de risque suicidaire (30,8 %), et de trouble de la personnalité

antisociale (32,1 %) ; troubles pouvant être à l'origine de violences contre soi-même ou contre les autres.

On observe finalement un nombre d'incidents, et surtout un nombre d'auteurs d'incidents, relativement restreints par rapport à la taille de l'échantillon, là où on en aurait attendu davantage face à la résonance médiatique de la violence en prison. Ces incidents surviennent au cours des premiers mois d'incarcération (peu de sujets transférés dans l'échantillon), ce qui rappelle que la première année de détention est la période la plus à risque de violences, et la nécessité d'une vigilance toute particulière vis-à-vis des arrivants. On constate que les auteurs d'incidents sont en grande partie incarcérés pour faits de violence, confirmant le rôle majeur des antécédents de violences commises dans la récidive en détention. De plus, la majorité des auteurs d'incidents étaient suivis à l'unité sanitaire auparavant et 65 % d'entre eux prenaient un traitement psychiatrique, suggérant que cette prise en charge était peu efficace dans la prévention des passages à l'acte violents. Ceci peut questionner le diagnostic posé chez ces sujets, et le traitement qui y est associé ; mais il faut bien sur rappeler que l'observance du traitement est fortement mise à l'épreuve en détention.

Plus de 90 % des incidents correspondent à des actes de violence, principalement hétéro-agressifs. Ces résultats apparaissent cohérents avec l'idée que se fait le grand public de la violence interpersonnelle prépondérante en prison. Les agressions surviennent en grande majorité entre codétenus, et peu à l'encontre des surveillants. Le rapport d'activité de la maison d'arrêt de 2012, constatait d'ailleurs une diminution du nombre d'agressions sur les fonctionnaires par rapport aux deux années précédentes.

Or les conduites auto-agressives de type scarifications, tentatives de suicide, automutilations, qui représentent 3,7 % des incidents de l'étude, sont pourtant des conduites fréquemment repérées en consultation à l'unité sanitaire. Leur chiffre est possiblement sous-estimé car ces gestes sont peu signalés par les sujets et non systématiquement enregistrés par l'administration pénitentiaire, sauf s'ils ont engendré un incident au sein de l'établissement. Cette hypothèse est renforcée par le faible nombre de gestes auto-agressifs commis par l'ensemble de la population de la maison d'arrêt en 2012, d'après le rapport d'activités de la prison, établi par l'administration : 1 suicide par pendaison en cellule, 2 tentatives de suicides et 11 automutilations. Malgré les efforts réalisés, il persiste un déficit de signalement des situations à risque par l'administration pénitentiaire, notamment des gestes auto-agressifs commis en cellule indiquant une souffrance psychique intense voire une crise suicidaire du détenu, qui sont souvent banalisés, car pouvant être dans certains cas réalisés à but « utilitaire » (être mis en cellule seul, être hospitalisé pour échapper à des problèmes en détention).

Les résultats indiquent que le jeune âge, le diagnostic de trouble bipolaire et celui de trouble de la personnalité antisociale, sont des facteurs statistiquement associés à la survenue d'un incident violent en détention lors de la première année d'incarcération.

L'âge jeune (inférieur à 30 ans) et la personnalité antisociale, par sa composante impulsive, sont des facteurs de risque reconnus de comportements violents dans la littérature. Le trouble bipolaire est ici le facteur le plus fortement corrélé au passage à l'acte violent hétéro-agressif (OR=2.45), et ce résultat n'est pas retrouvé dans les études concernant spécifiquement le milieu carcéral. La prévalence du trouble bipolaire dans l'échantillon (12,8 %) est bien supérieure à ce qui est retrouvé dans les études (9,10), et plus de deux fois supérieure au taux observé en population générale (entre 0,5 et 5 % selon les études), ce qui peut signifier que ce trouble est fréquemment sous diagnostiqué que ce soit en population générale, et à fortiori en population carcérale.

On aurait pu s'attendre à une plus forte corrélation avec la personnalité antisociale (OR= 1.96) et à des corrélations avec les addictions à l'alcool ou aux substances, mais celles-ci ne sont pas observées. Le potentiel hétéro-agressif des sujets bipolaires est connu, majoré le plus souvent par des comorbidités addictives, mais ces sujets ne sont pas repérés dans les études comme à risque de passage à l'acte violent en prison. Le trouble bipolaire est probablement peu repéré à l'entrée en prison, notamment parce qu'il peut être inauguré par des épisodes dépressifs ne permettant pas toujours de poser le diagnostic, et parce que les symptômes hypomaniaques/maniaques ayant pu exister sont difficilement rapportés par le détenu.

Ce résultat suggère que le fait d'être incarcéré pourrait augmenter le risque hétéro-agressif des sujets bipolaires, en majorant le risque de décompensation. Si les décompensations sur un mode dépressif favorisent les passages à l'acte auto-agressifs et sont mieux repérés ; l'épisode hypomaniaque/maniaque et l'état mixte, sur un versant irritable ou agressif, peuvent ne pas être repérés comme tels par le personnel de surveillance et risquent d'entrainer un retard au diagnostic et à des soins adaptés (placements au quartier disciplinaire itératifs).

D'autre part, beaucoup de détenus refusent de consulter un psychiatre par crainte d'être stigmatisés ou perçus comme « faibles » par les autres. D'autres, du fait de leur pathologie psychotique, n'ont pas conscience d'être malades et ne perçoivent pas la nécessité de soins. Ils peuvent ainsi rester enfermés dans leur cellule pendant des mois sans être vus par un psychiatre ; ou passer à l'acte après des semaines ou mois de rupture de soins.

4.4.3 Apport et perspectives

L'étude est peu coûteuse en terme de moyens financiers et porte sur un échantillon de grande taille. Les données cliniques sont recueillies par des professionnels de santé entraînés, à l'aide d'un questionnaire standardisé, ce qui permet d'obtenir des résultats plus fiables et reproductibles. Au niveau de l'analyse, après sélection des patients, il n'y a pas de perdus de vue, et tous les sujets sont analysés, ce qui permet une bonne validité interne.

Ce type d'étude est adapté à l'objectif car elle porte sur des événements dont la période de latence est longue dans le temps (survenue d'un incident), et permet d'étudier plusieurs facteurs étiologiques pour un seul événement.

L'étude porte sur la violence en prison, notamment hétéro-agressive, thème peu retrouvé dans la littérature française, et met en évidence des résultats originaux, non mis en évidence jusque là, à savoir le rôle que pourrait jouer le diagnostic précoce de trouble bipolaire chez les détenus dans l'évaluation du risque de violence ultérieur.

Confrontée à des difficultés dans le recueil exhaustif des incidents, cette étude ouvre la voie à d'autres investigations nécessaires pour confirmer ces résultats et mieux connaître les profils psycho-criminologiques des détenus à leur entrée en prison, afin d'anticiper la survenue de comportements violents.

4.4.2 Limites de l'étude

Cette étude ayant été menée en milieu carcéral, elle a rencontré un certain nombres d'obstacles. Il est en effet difficile d'obtenir les accords pour la réalisation d'études concernant les détenus en France. Cette population vulnérable est particulièrement protégée et toute volonté de conduire une étude auprès d'eux doit être rigoureusement justifiée et conforme aux lois de l'éthique médicale.
Différents biais sont à considérer :

- Biais de sélection : nous avons dû exclure les détenus ayant refusé de réaliser l'entretien d'entrée, ceux qui ne parlaient pas français ou qui n'étaient pas en capacité de comprendre les questions, ce qui induit un biais de sélection important. On peut notamment supposer que les détenus refusant l'évaluation psychiatrique puissent être ceux qui

souffraient de troubles mentaux ou se trouvaient dans un état d'instabilité psychique en lien avec l'entrée en détention, ce qui sous-estime la prévalence des troubles obtenue.

- Biais de recueil : Les données concernant le nombre d'incidents en détention ont été obtenues en via l'administration pénitentiaire qui doit recenser la totalité des incidents commis en détention. Or, il est probable, au vu des résultats, que les agents pénitentiaires aient tendance à sur-déclarer les incidents de violence commise contre les surveillants ou d'autres détenus, par rapport aux violences auto-infligées par certains détenus. Par ailleurs, l'administration pénitentiaire n'enregistre pas de manière systématique les tentatives de suicide, sauf si elles ont engendré des incidents au sein de l'établissement. D'autre part, la « loi du silence » des détenus en prison, ne permet pas aux surveillants de constater la totalité des violences commises. Ainsi, le recueil des incidents n'est probablement pas exhaustif.
- Difficultés d'extrapolation : les résultats de cette étude sont difficilement généralisables à la population carcérale française. En effet, la population d'étude est celle d'une maison d'arrêt, avec des caractéristiques propres comme on l'a vu plus haut : forte proportion de prévenus, courtes peines, surpopulation carcérale notamment. Les détenus et les conditions de détention ne sont donc pas les mêmes que dans d'autres établissements (tolérance des surveillants, surpopulation, niveau de sécurité, dureté du régime porte fermé), influençant le climat et le comportement des détenus.

Cette étude rappelle l'importance de dépister les troubles psychiatriques, par une méthode standardisée, dès l'entrée de l'individu en détention, et notamment le trouble bipolaire et la personnalité antisociale, pourvoyeurs de passages à l'acte violent par la suite. Il importe donc de mettre en place une évaluation du risque de violence chez ces sujets dès l'entrée.

V CONCLUSION

Les comportements violents en milieu carcéral sont fréquents et d'origine multifactorielle. Ils s'expliquent en partie par le type de population identifié : hommes jeunes, aux histoires de vie souvent chaotiques voire traumatiques, antécédents de violences commises. Le rôle des troubles psychiatriques dans la survenue de ces comportements violents, qu'ils soient auto- ou hétéro-agressifs, est fondamental et doit être précisé. Notre étude, menée au sein d'une population en maison d'arrêt, met en évidence de fortes prévalence de troubles psychiatriques par rapport à la

littérature, et une proportion de passages à l'acte hétéro-agressifs majeure parmi les incidents relevés en détention. Le trouble bipolaire est ici le trouble mental le plus corrélé aux comportements violents pendant la détention. Elle confirme aussi que l'âge jeune (inférieur à 30 ans) et le diagnostic de trouble de la personnalité antisociale sont des facteurs de risque de violence hétéro-agressive.

Cette étude montre l'importance d'une évaluation rigoureuse des facteurs de risque de violence, auto-agressive et à fortiori hétéro-agressive, à l'entrée en détention. Ces troubles doivent être repérés dès l'entrée et pris en charge de façon adaptée. Le trouble bipolaire est probablement sous diagnostiqué en détention, laissant la place aux décompensations, voire au passage à l'acte. Une procédure d'évaluation psychiatrique standardisée et d'évaluation du risque de passage à l'acte violent à l'entrée permettrait d'améliorer la prévention des différentes formes de violence en milieu carcéral. C'est pourquoi la question des échelles ou questionnaires à utiliser est centrale.

D'autres études devront être conduites pour affiner la connaissance des troubles mentaux associés aux comportements violents, afin d'infirmer ou de confirmer nos résultats. Ces études pourront adopter une méthodologie différente et notamment utiliser d'autres échelles d'évaluation (Mood disorder questionnaire, HCR-20, PCL-R..), s'appuyer sur des données auto-rapportées par les détenus concernant les violences commises/subies par exemple, pour faire diminuer les biais.

La prévention de la violence carcérale passe par une évaluation fine des facteurs de risque de celle-ci, afin d'améliorer la formation du personnel, et d'adapter les prises en charge individuelles.

VI BIBLIOGRAPHIE

1. Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Le contrôleur général des lieux de privation de liberté: rapport d'activité 2016. 2017.

2. Direction de l'administration pénitentiaire. Les chiffres clés de l'administration pénitentiaire au 1er janvier 2015 [Internet]. 2015 [cité 10 août 2017]. Disponible sur: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/chiffres_cles_2015_FINALE_SFP.pdf

3. Haute autorité de santé. Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur [Internet]. HAS; 2011 [cité 18 juin 2017] p. 78. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-07/evaluation_de_la_dangerosite_psychiatrique_-_rapport_dorientation.pdf

4. Direction de l'administration pénitentiaire. Statistique mensuelle des personnes écrouées et détenues en France [Internet]. 2018 [cité 5 févr 2018]. Disponible sur: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/mensuelle_janvier_2018.pdf

5. Thomas P, Fovet T, Amad A. Psychiatrie en milieu pénitentiaire, entre nécessité et ambiguïté. Ann Méd-Psychol. mai 2015;4692(4):301.

6. Fovet T, Thomas P, Adins C, Amad A. France's forensic psychiatry provision: the long and winding road. Lancet Psychiatry. 1 août 2015;2(8):e20.

7. Blitz CL, Wolff N, Shi J. Physical victimization in prison: The role of mental illness. Int J Law Psychiatry. oct 2008;31(5):385‑93.

8. Duburcq A, Coulomb S, Bonte J, Marchand C, Fagnani F, Falissard PB. Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral. 2004;

9. Falissard B, Loze J-Y, Gasquet I, Duburc A, de Beaurepaire C, Fagnani F, et al. Prevalence of mental disorders in French prisons for men. BMC Psychiatry. déc 2006;6(1).

10. Fazel S, Seewald K. Severe mental illness in 33,588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. Br J Psychiatry J Ment Sci. mai 2012;200(5):364‑73.

11. Fazel S, Hayes AJ, Bartellas K, Clerici M, Trestman R. Mental health of prisoners: prevalence, adverse outcomes, and interventions. Lancet Psychiatry. sept 2016;3(9):871‑81.

12. Coldefy M, Faure P, Prieto N. La santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus accueillis par les services médico-psychologiques régionaux. Ministère Aff Soc Trav Solidar Ministère Santé Fam Pers Handicap DREES. 2002;(181).

13. Gaïffas A, Galéra C, Mandon V, Bouvard MP. Attention-deficit/hyperactivity disorder in young French male prisoners. J Forensic Sci. juill 2014;59(4):1016‑9.

14. Voyer M, Millaud F, Dubreucq J-L, Senon J-L. Clinique et prédiction de la violence en psychiatrie. EMC- Psychiatr. 2012;9(4):1‑12.

15. Wallace C, Mullen PE, Burgess P. Criminal offending in schizophrenia over a 25-year period marked by deinstitutionalization and increasing prevalence of comorbid substance use disorders. Am J Psychiatry. avr 2004;161(4):716‑27.

16. Fazel S, Gulati G, Linsell L, Geddes JR, Grann M. Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis. PLoS Med. août 2009;6(8):e1000120.

17. Joyal C, Dubreucq J-L, Gendron C, Millaud F. Major Mental Disorders and Violence: A Critical Update. Curr Psychiatry Rev. 2007;3(1):33‑50.

18. Fazel S, Lichtenstein P, Grann M, Goodwin GM, Långström N. Bipolar disorder and violent crime: new evidence from population-based longitudinal studies and systematic review. Arch Gen Psychiatry. sept 2010;67(9):931‑8.

19. Baillargeon J, Binswanger IA, Penn JV, Williams BA, Murray OJ. Psychiatric disorders and repeat incarcerations: the revolving prison door. Am J Psychiatry. janv 2009;166(1):103‑9.

20. Brahmy B. Psychiatrie et prison. Études. 2005;Tome 402(6):751‑60.

21. Thomas P. La loi de Lionel Penrose est-elle irrémédiable ? Lett Psychiatre. 2014;10(6).

22. Senon JL. Troubles psychiques et réponses pénales. Champ PénalPenal Field [Internet]. 15 sept 2005; Disponible sur: http://journals.openedition.org/champpenal/77

23. Senon J-L, Manzanera C. Comment mieux répondre aux problèmes cliniques et médicolégaux actuels pour préserver une psychiatrie ouverte et dynamique ? Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 1 déc 2005;163(10):870‑7.

24. De Labrouhe D. Evaluation de la satisfaction des patients sur leur hospitalisation en unité hospitalière spécialement aménagée. Paris XI; 2015.

25. Anelli L. Malades psychiques en prison: une folie [Internet]. Observatoire international des prisons. 2018. Disponible sur: https://oip.org/analyse/malades-psychiques-en-prison-une-folie/

26. Lolivier I coord. Soins psychiatriques aux personnes détenues. Santé Ment. 2018;(227).

27. Human Rights Watch. Double peine : Conditions de détention inappropriées pour les personnes présentant des troubles psychiatriques dans les prisons en France [Internet]. 2016. Disponible sur: https://www.hrw.org/fr/report/2016/04/05/double-peine/conditions-de-detention-inappropriees-pour-les-personnes-presentant

28. Ministère des affaires sociales et de la santé, Ministère de la justice. Stratégie santé des personnes placées sous main de justice [Internet]. 2017 [cité 10 sept 2018]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_ppsmj_2017.pdf

29. Kensey A. Statistiques pénitentiaires et parc carcéral, entre désencombrement et sur-occupation (1996-2012). Criminocorpus Rev Hist Justice Crimes Peines [Internet]. 19 sept 2014; Disponible sur: http://journals.openedition.org/criminocorpus/2734

30. DAP. Séries statistiques des personnes placées sous main de justice 1980-2014 [Internet]. 2014 [cité 14 août 2017]. Disponible sur: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/ppsmj_2014.PDF

31. Direction de l'administration pénitentiaire. Statistiques trimestrielles des personnes détenues produites à partir de l'Infocentre Pénitentiaire.Situation au 1er janvier 2018. 2018.

32. Ministère de la Justice. Les peines privatives de liberté [Internet]. 2013. Disponible sur: http://conference-consensus.justice.gouv.fr/wp-content/uploads/2013/01/fiche-6-peines-privatives-de-liberte.pdf

33. Chan Chee C, Montengou E. Suicides et autres deces en milieu carceral en France entre 2000 et 2010 [Internet]. 2016 déc [cité 14 mai 2017]. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/content/download/133316/477786/version/3/file/rapport_suicides_autres_deces_milieu_carceral_france_2000_2010.pdf

34. Fazel S, Ramesh T, Hawton K. Suicide in prisons: an international study of prevalence and contributory factors. Lancet Psychiatry. 2017;4(12):946–952.

35. Hazard A. Baisse des suicides en prison depuis 2002. Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques [Internet]. mai 2008 [cité 4 déc 2017];(22). Disponible sur: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/CahEtudesPenitCrim22.pdf

36. Duthé G, Hazard A, Kensey A. Suicide des personnes écrouées en France: évolution et

facteurs de risque. Population. 2014;69(4):519–549.

37. World Health Organization. Preventing suicide in jails and prisons [Internet]. Geneva, Switzerland; 2007 [cité 21 oct 2017]. Disponible sur: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_jails_prisons.pdf

38. Roy A, Carli V, Sarchiapone M, Branchey M. Comparisons of prisoners who make or do not make suicide attempts and further who make one or multiple attempts [abstract]. Arch Suicide Res Off J Int Acad Suicide Res. 2014;18(1):28‑38.

39. Leese M, Thomas S, Snow L. An ecological study of factors associated with rates of self-inflicted death in prisons in England and Wales. Prisons. 1 sept 2006;29(5):355‑60.

40. Sánchez FC, Fearn N, Vaughn MG. Risk Factors Associated With Near-Lethal Suicide Attempts During Incarceration Among Men in the Spanish Prison System. Int J Offender Ther Comp Criminol. 1 janv 2017;306624X16689833.

41. Duthé G, Hazard A, Kensey A, Pan Ké Shon J-L. Suicide among male prisoners in France: A prospective population-based study. Forensic Sci Int. déc 2013;233(1‑3):273‑7.

42. Marzano L, Hawton K, Rivlin A, Smith EN, Piper M, Fazel S. Prevention of Suicidal Behavior in Prisons: An Overview of Initiatives Based on a Systematic Review of Research on Near-Lethal Suicide Attempts. Crisis. sept 2016;37(5):323‑34.

43. Fazel S, Wolf A, Geddes JR. Suicide in prisoners with bipolar disorder and other psychiatric disorders: a systematic review. Bipolar Disord. août 2013;15(5):491‑5.

44. Goodwin F. Manic-depressive illness: bipolar disorders and recurrent depression. Oup USA. 2007. 1288 p.

45. Fazel S, Cartwright J, Norman-Nott A, Hawton K. Suicide in prisoners: a systematic review of risk factors. J Clin Psychiatry. nov 2008;69(11):1721‑31.

46. Steiner B, Butler HD, Ellison JM. Causes and correlates of prison inmate misconduct: A systematic review of the evidence. J Crim Justice. 1 nov 2014;42(6):462‑70.

47. Schenk AM, Fremouw WJ. Individual characteristics related to prison violence: A critical review of the literature. Aggress Violent Behav. 1 sept 2012;17(5):430‑42.

48. Lahm KF. Inmate Assaults on Prison Staff: A Multilevel Examination of an Overlooked Form of Prison Violence. Prison J. 1 juin 2009;89(2):131‑50.

49. DeLisi M, Berg MT, Hochstetler A. Gang members, career criminals and prison violence: further specification of the importation model of inmate behavior. Crim Justice Stud. 1 déc 2004;17(4):369‑83.

50. Cunningham MD, Sorensen JR. Predictive Factors for Violent Misconduct in Close Custody. Prison J. 1 juin 2007;87(2):241‑53.

51. Douglas KS, Ogloff JRP, Hart SD. Evaluation of a Model of Violence Risk Assessment Among Forensic Psychiatric Patients. Psychiatr Serv. 1 oct 2003;54(10):1372‑9.

52. Gray NS, Taylor J, Snowden RJ. Predicting violent reconvictions using the HCR-20. Br J Psychiatry J Ment Sci. mai 2008;192(5):384‑7.

53. Voyer M, Senon J-L, Paillard C, Jaafari N. Dangerosité psychiatrique et prédictivité. Inf Psychiatr. 2009;85(8):745‑52.

54. Hare RD, Clark D, Grann M, Thornton D. Psychopathy and the predictive validity of the PCL-R: an international perspective. Behav Sci Law. 2000;18(5):623‑45.

55. Sahlin H, Kuja-Halkola R, Bjureberg J, Lichtenstein P, Molero Y, Rydell M, et al. Association Between Deliberate Self-harm and Violent Criminality. JAMA Psychiatry. 1 juin 2017;74(6):615.

56. Tournier P. Note au garde des Sceaux. 2017.

57. Hyest J-J, Cabanel G-P. Rapport de la commission d'enquete sur les conditions de détention dans les etablissements pénitentiaires. 2000.

58. Van Ginneken EFJC, Sutherland A, Molleman T. An ecological analysis of prison overcrowding and suicide rates in England and Wales, 2000–2014. Int J Law Psychiatry. 1 janv 2017;50(Supplement C):76‑82.

59. Duthé G, Hazard A, Kensey A, Shon J-LPK, others. Suicide en prison: la France comparée à ses voisins européens. Popul Sociétés [Internet]. 2009 [cité 2 août 2017];(462). Disponible sur: http://prison.rezo.net/IMG/pdf/Population_et_Societes_19498_suicide-en-prison-la-france-comparee-a-ses-voisins-europeens.pdf

60. Ministre de la justice. Plan d'action ministériel - Prévention du suicide des personnes détenues [Internet]. 2009 [cité 2 août 2017]. Disponible sur: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/plan_ministeriel_2009.pdf

61. Direction de l'administration pénitentiaire. Rapport d'activité. Maison d'arrêt de Villeneuve les Maguelone. 2012.

SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*

- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*

- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*

- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert(e) d'opprobre et méprisé(e) de mes confrères si j'y manque.*

RÉSUMÉ

Introduction- La violence est une problématique endémique en milieu carcéral (physique, psychologique, contre les autres, contre soi-même) aux conséquences parfois extrêmes (suicide, homicide). Les troubles psychiatriques sont surreprésentés en prison, mais leurs liens avec la survenue de comportements violents sont mal connus. L'objectif de cette étude est de repérer des facteurs de risque psychiatriques présents à l'entrée en détention susceptibles de favoriser l'émergence de comportements violents.

Matériel et méthode- Une étude observationnelle a été conduite à partir d'un échantillon d'hommes incarcérés en 2012 à la maison d'arrêt de Villeneuve-les-Maguelone (France). Des données sociodémographiques et pénales ont été recueillies et une évaluation psychiatrique standardisée (MINI) a été réalisée chez tous les entrants en détention. Les rapports d'incidents commis par ces sujets ont ensuite été recueillis sur une durée de 12 mois suivant leur incarcération.

Résultats- 520 sujets ont été inclus et 134 incidents ont été relevés. Parmi ceux-ci, il y avait 130 incidents violents, dont 125 étaient des agressions envers d'autres détenus ou le personnel, et 5 étaient des gestes auto-agressifs. La majorité des auteurs d'incidents étaient incarcérés pour violences commises sur des personnes ou mixtes (atteinte aux biens et aux personnes) et avaient déjà été incarcérés auparavant (70%). Ils sont 74% à être déjà suivi à l'UCSA avant l'incident. L'âge jeune, le diagnostic de trouble bipolaire et celui de trouble de la personnalité antisociale à l'entrée sont associés significativement avec la survenue d'un incident hétéro-agressif en détention après ajustement sur les facteurs de confusion. Le trouble bipolaire est la pathologie la plus associée au passage à l'acte violent du détenu.

Conclusion- D'autres études sont nécessaires devant les biais importants de recueil, afin d'améliorer le repérage des troubles psychiatriques à l'entrée en détention et l'évaluation du risque de violence, dans le but d'optimiser la prévention des comportements violents à l'intérieur de la structure.

Mots clefs : Violence/ Prison / hétéro-agressivité/ personnalité antisociale/ Trouble bipolaire / Facteurs de risque