

Le trouble de stress post-traumatique parmi les détenus en centre pénitentiaire en Guyane française

Post-Traumatic Stress Disorder among Incomers in Remire-Montjoly Prison, French Guiana

Romain Arnal, Gülen Ayhan, Éric Pinganaud, Célia Basurko and Louis Jehel

Volume 41, Number 1, Spring 2016

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1036974ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1036974ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Arnal, R., Ayhan, G., Pinganaud, É., Basurko, C. & Jehel, L. (2016). Le trouble de stress post-traumatique parmi les détenus en centre pénitentiaire en Guyane française. *Santé mentale au Québec*, 41(1), 251–265.

<https://doi.org/10.7202/1036974ar>

Article abstract

Despite the recent interest in psychiatric illness in prison, the psychopathology of the Remire-Montjoly prison population remains largely unknown. Subject to significant population movements, French Guiana and its prison houses a very mixed population in which recent history has left a strong mark (earthquake in Haïti, civil war in Suriname, violence related to gold mining population and drug trafficking). These negative life events appear as potential vectors of psychological trauma. Additionally, strong links have been established in the literature between post-traumatic stress disorder (PTSD) and many other psychiatric disorders, including suicidal behavior and addictions. Under these conditions, we felt it essential to focus on the identification of PTSD in this sensitive population.

Through adapted reception interviews, we tried to identify the PTSD, to describe by means of socio-demographic factors the studied population and to detect psychiatric comorbidities. The screening tool was the M.I.N.I. 5.0, which identifies 17 psychiatric disorders including the PTSD, based on the DSM IV definition. The target population was the prison incomers, agreeing to participate in the study, aged more than 18 years old and imprisoned between 18 January 2013 and 31 December 2013. To this date, 549 inmates were included in the study.

The main result of this study was a prevalence of PTSD of 17% for incomers in detention. We found that the PTSD+ population is more likely to be female (15% against 7% $p = 0.0246$), which is consistent with the literature data. The M.I.N.I. 5.0 showed a higher prevalence of psychiatric disorders in the PTSD+ group. This association was confirmed in several types of pathology like mood disorders including: major depressive episode and manic or hypomanic episode, suicidal risk, some anxiety disorders including: panic disorder, obsessive-compulsive disorder and generalized anxiety disorder. Strong association was found for current major depressive episode, current manic or hypomanic episode and suicidal risk ($p < 0.005$).

The prevalence of PTSD is very high in this study, about 24 times higher than in a general population survey using the same screening tool.

A large number of comorbidities have been identified, which corresponds to those described in the literature. The specific issues of psychiatry in prison lead us to examine more specifically the significance of the results about suicide risk. A comprehensive suicide risk (sum of medium and high risk screened by the M.I.N.I.) was found in significantly more PTSD+ inmates (17% versus 7%, $p = 0.005$). This study supports the need for routine screening of PTSD among incomers in detention. This disease is both worrying and common in this population but the real issues are the comorbidities. Suicidal potential is among the most important issues in detention. Its evaluation should be completed by an early recognition of a PTSD.

MOSAÏQUE

Le trouble de stress post-traumatique parmi les détenus en centre pénitentiaire en Guyane française

Romain Arnal^a

Gülen Ayhan^b

Éric Pinganaud^c

Célia Basurko^d

Louis Jehel^e

RÉSUMÉ Soumis à des mouvements de population importants, la Guyane française et son centre pénitentiaire abritent une population métissée chez qui l'histoire récente a laissé une empreinte forte (tremblement de terre en Haïti, guerre civile au Suriname, violence liée à l'orpaillage et au trafic de stupéfiants). Ces événements de vie négatifs apparaissent comme autant de vecteurs potentiels de psychotraumatismes. Dans ces conditions, il nous a paru essentiel de mettre l'accent sur le repérage du trouble de stress post-traumatique (TSPT) dans cette population sensible. À l'aide d'entretiens d'accueil dédiés, nous nous sommes proposé de

-
- a. Interne en psychiatrie, CHU de Martinique, service de psychiatrie et psychologie médicale et addictologie.
 - b. Interne en santé publique, Centre d'investigation clinique CIC 1424 INSERM/DGOS, Centre hospitalier de Cayenne, Cayenne, France.
 - c. Infirmier de secteur psychiatrique, UFPI, Centre hospitalier de Cayenne, Cayenne, France.
 - d. M.D. (santé publique), Centre d'investigation clinique CIC 1424 INSERM/DGOS, Centre hospitalier de Cayenne, Cayenne, France.
 - e. M.D. (psychiatrie), Ph. D., Université Paris-Saclay, Université Paris-Sud, UVSQ, CESP, INSERM, Villejuif, France – CHU de Martinique, service de psychiatrie et psychologie médicale et addictologie – Université des Antilles.

repérer les TSPT, de décrire sur un plan sociodémographique la population étudiée et de rechercher les comorbidités psychiatriques. Le résultat principal de cette étude était une prévalence du TSPT de 17% chez les arrivants en détention. Le MINI 5.0 a montré une prévalence plus élevée des pathologies psychiatriques dans le groupe présentant un TSPT avec un lien très fort ($p < 0,005$) pour l'épisode dépressif majeur actuel, l'épisode maniaque ou hypomaniaque actuel et le risque suicidaire. Cette étude appuie la nécessité d'avoir un dépistage systématique du TSPT chez les arrivants en détention. Cette pathologie est à la fois fréquente dans cette population et invalidante, mais ce sont ses comorbidités, dont le potentiel suicidaire, qui font tout l'enjeu d'un repérage précoce.

MOTS CLÉS Guyane française, psychiatrie carcérale, TSPT, comorbidités

Post-Traumatic Stress Disorder among Incomers in Remire-Montjoly Prison, French Guiana

ABSTRACT Despite the recent interest in psychiatric illness in prison, the psychopathology of the Remire-Montjoly prison population remains largely unknown. Subject to significant population movements, French Guiana and its prison houses a very mixed population in which recent history has left a strong mark (earthquake in Haïti, civil war in Suriname, violence related to gold mining population and drug trafficking). These negative life events appear as potential vectors of psychological trauma. Additionally, strong links have been established in the literature between post-traumatic stress disorder (PTSD) and many other psychiatric disorders, including suicidal behavior and addictions. Under these conditions, we felt it essential to focus on the identification of PTSD in this sensitive population.

Through adapted reception interviews, we tried to identify the PTSD, to describe by means of socio-demographic factors the studied population and to detect psychiatric comorbidities. The screening tool was the M.I.N.I. 5.0, which identifies 17 psychiatric disorders including the PTSD, based on the DSM IV definition. The target population was the prison incomers, agreeing to participate in the study, aged more than 18 years old and imprisoned between 18 January 2013 and 31 December 2013. To this date, 549 inmates were included in the study.

The main result of this study was a prevalence of PTSD of 17% for incomers in detention. We found that the PTSD+ population is more likely to be female (15% against 7% $p = 0.0246$), which is consistent with the literature data. The M.I.N.I. 5.0 showed a higher prevalence of psychiatric disorders in the PTSD+ group. This association was confirmed in several types of pathology like mood disorders including: major depressive episode and manic or hypomanic episode, suicidal risk, some anxiety disorders including: panic disorder, obsessive-compulsive disorder and generalized anxiety disorder. Strong association was found for current major depressive episode, current manic or hypomanic episode and suicidal risk ($p < 0.005$).

The prevalence of PTSD is very high in this study, about 24 times higher than in a general population survey using the same screening tool.

A large number of comorbidities have been identified, which corresponds to those described in the literature. The specific issues of psychiatry in prison lead us to examine more specifically the significance of the results about suicide risk. A comprehensive suicide risk (sum of medium and high risk screened by the M.I.N.I.) was found in significantly more PTSD+ inmates (17% versus 7%, $p = 0.005$). This study supports the need for routine screening of PTSD among incomers in detention. This disease is both worrying and common in this population but the real issues are the comorbidities. Suicidal potential is among the most important issues in detention. Its evaluation should be completed by an early recognition of a PTSD.

KEYWORDS French Guiana, forensic psychiatry, PTSD, comorbidity

1) Introduction

L'intérêt accordé à la prévalence des maladies psychiatriques auprès des neuf millions de personnes incarcérées dans le monde a considérablement augmenté ces quinze dernières années (Fazel & Danesh, 2002).

En France, au fil d'études d'abord généralistes (Mouquet *et al.*, 1999), puis plus spécifiques (Prieto *et al.*, 2004; Falissard *et al.*, 2006), un profil psychiatrique des détenus se dessine. L'étude menée en 2003 et 2004 dans les prisons françaises par Falissard *et al.* (2006) a montré une prévalence de 27,4 % de troubles psychiatriques cliniquement significatifs chez les détenus. Selon la même méthodologie, ont été observés 6,6 % de troubles de stress post-traumatique (TSPT). Le profil préoccupant observé dans cette enquête nationale pourrait être le reflet de particularités locales et ne pas correspondre à celui existant hors des limites hexagonales.

De nouvelles dispositions légales (ministères de la Santé et de la Justice, 2012) incitent à fusionner les structures d'unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) avec les services médico-psychologiques régionaux (SMPR) au sein « d'unités sanitaires », afin d'aboutir au partage des données dans l'intérêt sanitaire du détenu. À l'heure où les pouvoirs publics incitent à mener une réflexion sur l'appréciation de l'irresponsabilité pénale et à renforcer les moyens de la prise en charge psychiatrique en prison (Commission d'enquête de l'Assemblée nationale, 2000), il apparaît capital de mettre en place des moyens de dépistage systématique et de prévention primaire des troubles.

Située entre le géant brésilien et le Suriname, la Guyane française fait figure d'exception culturelle. Son centre pénitentiaire, situé sur la commune de Remire-Montjoly, abrite une population dont la psychopathologie n'a, jusqu'à ce jour, jamais été décrite. Une recherche sur le moteur *Pubmed* avec les mots clés *French Guiana psych* et *French Guiana mental* n'aboutit que sur trois articles en rapport avec la santé mentale en Guyane française (Blanchy *et al.*, 1975; Schmitz, 1960; Schmitz, 1961).

Il est à noter que le plus récent de ces articles est daté de 1975 et qu'aucun de ces articles ne traite de psychiatrie carcérale. Une extension de la recherche aux pays voisins met en lumière l'article de Pondé *et al.* (2011) qui, au moyen d'outils validés (Sheehan *et al.*, 1998) a décrit la population carcérale de Salvador de Bahia. Il s'agit de la première étude de prévalence des maladies mentales en prison au Brésil.

En Guyane, les rapports de l'UCSA ont mis en avant une morbi-mortalité importante liée à des troubles psychiatriques, en particulier concernant le risque suicidaire. Entre janvier 2012 et janvier 2013, trois détenus sont morts par suicide au Centre pénitentiaire de Remire-Montjoly (CPRM) (capacité d'accueil de 650 détenus). Ces chiffres placent le CPRM nettement au-dessus de la moyenne nationale (113 suicidés pour 65 000 détenus en France en 2011) (Observatoire international des prisons, 2012).

Ces données alarmantes et les particularités locales de l'exercice de la psychiatrie, les nombreuses langues parlées et la nécessité de travailler avec des médiateurs culturels ont imposé un repérage standardisé et rigoureux dès l'arrivée des détenus. S'inscrivant dans la lignée des repérages psychiatriques en milieu carcéral initiés en 1927 à Loosles-Halles (Senon, 2004), l'Unité fonctionnelle de psychiatrie intra carcérale (UFPI) du CPRM a donc souhaité mettre en place des entretiens d'accueil systématiques au moyen d'outils validés (Sheehan *et al.*, 1998). Ceci, dans le but de mieux répondre à la triple mission de ces entretiens, soulignée par Manzanera & Senon, 2004: i) travail pré-thérapeutique d'éveil de la demande; ii) évaluation psychiatrique et psychopathologique; iii) information sur les possibilités de prise en charge intra et extra-hospitalières.

Il est intéressant de noter qu'une des revues de la littérature la plus complète à ce jour en matière de psychiatrie carcérale (Fazel & Danesh, 2002), compilant 62 études sur 12 pays et incluant 22 790 détenus, se concentre uniquement sur les troubles psychotiques, la dépression et les troubles de la personnalité. Les auteurs ont fait le choix de ne pas présenter dans cette étude de prévalences sur le TSPT.

Cette tendance se retrouve dans la littérature internationale : seules quelques études abordent le sujet du TSPT en détention. Bien souvent, il est abordé par le biais du traumatisme de guerre. On peut citer l'exemple de l'étude de Solomon *et al.* (2012) qui retrouve une prévalence forte du TSPT (60 % de TSPT complets) chez d'anciens prisonniers de guerre, 35 ans après les faits.

La revue de la littérature sur le sujet, menée par Goff *et al.* (2007) retrouve une prévalence du TSPT en prison très variable en fonction des 4 études analysées (de 4 à 21 % en prévalence instantanée), mais toujours largement supérieure au 0,7 % retrouvé en population générale par l'étude SMPG (Vaiva *et al.*, 2008).

Plusieurs interprétations coexistent pour expliquer ces chiffres. Pour Donley *et al.* (2012) le fait même d'avoir un TSPT serait un facteur de risque d'implication dans le système judiciaire. Les travaux de Spitzer *et al.* (2001) évoquent quant à eux la fréquence des patients qui considèrent leur propres crime ou délit (homicide, violence aggravée, viol) comme événement traumatique. Il faut aussi prendre en compte les traumatismes survenus au sein même de la prison dont une pratique de consultation psychiatrique atteste de la régularité.

Parmi les comorbidités du TSPT, les conduites suicidaires justifient à elles seules le repérage systématique de ce trouble. Les détenus suicidaires rapportent plus d'antécédents d'agressions sexuelles, de maltraitances physiques, de maltraitances émotionnelles et d'abandons (Blaauw *et al.*, 2002). Le lien est clairement établi dans la littérature entre ces antécédents d'événements de vie traumatogènes et la survenue d'un TSPT (Brewin, 2000). Une exploration psychotraumatologique est une priorité dans l'évaluation du risque suicidaire en prison.

Les autres comorbidités, notamment addictions, troubles anxieux et thymiques imposent elles aussi de repérer dès leur arrivée en détentions les détenus présentant un TSPT.

Au total, devant la fréquence importante du trouble et la gravité des comorbidités, il nous a paru essentiel d'accorder une place importante au dépistage du TSPT lors des consultations d'accueil du CPRM.

L'objectif principal de cette étude est donc d'évaluer la prévalence du TSPT dans une population d'arrivants au CPRM, consultant pour un entretien d'accueil systématique à l'UFPI.

Les objectifs secondaires sont la description des caractéristiques sociodémographiques des détenus au diagnostic de TSPT ainsi que la recherche de comorbidités dans cette même population.

2) Matériel et méthode

2.1) Population

Cette étude se base sur un échantillon de données issues des résultats préliminaires de l'étude

« Repérage et caractérisation des pathologies psychiatriques au Centre pénitentiaire de Remire-Montjoly » (RCPP-CPRM). L'étude RCPP-CPRM s'est déroulée du 1er janvier 2014 au 31 décembre 2014.

Les données présentées ici concernent l'étude pilote qui s'est déroulée en 2013 (période du 18 janvier au 31 décembre).

Le recrutement des détenus pour cette étude s'est fait lors de l'entretien de dépistage psychiatrique à l'UFPI dont bénéficie tout détenu prévenu ou condamné dans les 48 heures qui suivent son arrivée en maison d'arrêt ou en centre de détention au CPRM. La date limite d'inclusion a été étendue à 15 jours après l'arrivée pour les détenus qui n'ont pas pu être inclus lors du dépistage (contraintes de temps).

Toute personne incarcérée au CPRM entre le 18 janvier 2013 et le 31 décembre 2013 s'est vue proposer une inclusion dans cette étude préliminaire. Les personnes mineures et les personnes n'acceptant pas de rentrer dans l'étude ont été exclues.

La taille de l'échantillon est de 549 détenus. Le taux de participation à l'étude était satisfaisant puisqu'il se montait à 77 % des arrivants.

2.2) Mesures

L'entretien d'accueil a été mené par un interne en psychiatrie, un infirmier de secteur psychiatrique (ISP) ou par un infirmier diplômé d'état (IDE) formé aux techniques d'entretien et aux spécificités de l'exercice psychiatrique. Une médiatrice culturelle pouvait intervenir pour assurer la traduction et renseigner sur les spécificités culturelles (50 % de détenus étrangers). Un formulaire de dépistage standardisé a été rempli.

Au cours de ces entretiens, des renseignements sur les autres acteurs du réseau médico-social intracarcéral ainsi que sur les « signes d'alerte » psychiatrique devant inciter le détenu à consulter (informations données en particulier sur le choc carcéral, le risque suicidaire et le sevrage de toxiques) ont été apportés individuellement aux détenus.

Les enjeux sanitaires mis en évidence dans la littérature notamment en termes de comorbidités imposent un soin particulier dans le repérage du TSPT lors de ces entretiens.

Les informations recueillies lors de cette consultation ont ensuite été partagées à l'ensemble de l'équipe soignante durant de courtes réunions journalières dont l'objectif était de proposer un éventuel programme personnalisé de suivi psychiatrique et d'alerter les intervenants sur le risque suicidaire présenté par certaines personnes.

L'outil utilisé dans cette étude est le MINI 5.0 dans les versions française, anglaise, brésilienne, espagnole et néerlandaise. À ce jour, cette version est la dernière disponible dans ces 5 langues.

Il s'agit d'un outil validé (Sheehan *et al.*, 1998) permettant un diagnostic rapide de 17 pathologies psychiatriques selon leur définition dans le DSM IV. Cet outil se destine aux essais cliniques multicentriques, aux études épidémiologiques et à la recherche d'incidences en pratique clinique.

Le MINI 5.0 comprend 17 modules correspondant chacun à une pathologie psychiatrique. Ces modules sont indépendants les uns des autres. Le TSPT est repéré par le biais d'un module optionnel du MINI 5.0.

Les infirmiers en charge de l'investigation ont tous reçu une formation à l'utilisation de l'outil. Celle-ci comprenait un cours magistral, puis une mise en situation type « jeu de rôle ». Enfin, un encadrement individuel par un interne en psychiatrie a été mis en place pour chaque première passation du questionnaire.

Les extraits disponibles en annexe sont issus de la version française du MINI traduite par Y. Lecrubier *et al.*, telle qu'elle nous a été confiée.

2.3) Analyse statistique et information des patients

L'analyse statistique a été faite à l'aide du logiciel R. Le Test du X et le test exact de Fisher ont été effectués. Le seuil de significativité retenu était de $p < 0,05$.

Nous avons dans un premier temps examiné la prévalence du TSPT chez les arrivants. À partir de ces résultats, nous détaillons 2 groupes : détenus TSPT+ ($n = 95$) et détenus ($n = 549$).

Cette étude préliminaire respecte la demande d'avis consultatif du CPP de Bordeaux en date du 2 janvier 2013 (référence DC 2012/115) concernant l'étude RCPP-CPRM débutant au 1er janvier 2014. L'étude a également eu l'avis favorable du comité d'évaluation éthique de l'INSERM le 8 octobre 2013 (avis 13-122). Il est cependant à noter que le consentement écrit des détenus n'a pas été recueilli pour l'étude préliminaire de 2013 ; un affichage informatif était visible dans les salles

d'entretien et le consentement oral de chaque patient inclus a été recueilli.

Après accord du détenu, une information orale était délivrée par l'investigateur sur ses droits (liberté de participer ou non à l'étude), sur les initiateurs du projet, sur le déroulement de l'étude et les modalités de recueil des données, sur le caractère confidentiel et anonyme de l'étude et enfin, sur la responsabilité des personnes impliquées dans l'étude.

3) Résultats

3.1) Prévalence du trouble de stress post-traumatique

La prévalence actuelle, c'est-à-dire la présence de symptômes dans le mois écoulé, d'un TSPT complet était de 17 % chez les arrivants en détention au CPRM.

3.2) Description de l'échantillon

Le groupe TSPT+ est comparable aux autres arrivants sur les différentes caractéristiques recueillies. À savoir : l'âge, le nombre d'enfants, le nombre d'antécédents d'incarcération, la profession, la situation familiale, la nationalité et les motifs d'incarcération. Seul le genre diffère ; il rapporte une distribution beaucoup plus féminine du TSPT. On retrouve 15 % de femmes dans le groupe TSPT+ contre 7 % de femmes dans la population arrivante globale.

Le test du X – donne $p = 0,0246$ sur les données de genre, confirmant la significativité de ces résultats.

3.3) Comorbidités psychiatriques

Voir Tableau 1 : Résultats du MINI 5.0 en annexe. Le MINI 5.0 montre une prévalence plus élevée des pathologies psychiatriques dans le groupe TSPT+. Cette association se vérifie dans plusieurs types de pathologie : les troubles de l'humeur, le risque suicidaire et certains troubles anxieux.

La différence est significative avec $p < 0,005$ pour l'épisode dépressif majeur actuel, l'épisode maniaque ou hypomaniaque actuel et le risque suicidaire.

Il est important de noter qu'un antécédent de suicide seul positionne selon le MINI 5.0 le détenu en risque présent, mais faible. Le risque faible au MINI n'étant pas suffisamment discriminant, on peut considérer un risque suicidaire global, associant les résultats des

risques moyen et élevé. Dans ce cas, on retrouve 17 % de risque chez les détenus TSPT+ contre 7 % chez la totalité des arrivants, résultat significativement plus élevé avec un $p < 0,005$ selon le test du chi deux.

Le risque suicidaire est donc significativement plus élevé dans le groupe TSPT+, que l'on considère toutes les catégories en même temps (faible, moyen, élevé) ou que l'on se focalise sur les catégories les plus à risque (moyen et élevé).

Concernant les addictions, aucune différence significative n'est mise en évidence, aussi bien dans l'analyse produit par produit que globalement.

4) Discussion

La prévalence retrouvée du TSPT est très forte dans cette étude, avec 17 % d'arrivants ayant un TSPT complet.

Cette prévalence est bien supérieure à celle retrouvée par l'étude menée par Falissard *et al.* (2006) qui retrouvait 6,6 % de prévalence au MINI 5.0 dans les maisons d'arrêt et centres de détention métropolitains. Cette étude est la principale source de référence dont nous disposons. Il faut cependant préciser qu'elle a pour population un échantillon de détenus randomisés et qu'elle ne se focalise pas sur une population d'arrivants. Cette prévalence est également bien plus importante qu'en population générale puisqu'elle correspond à 24 fois la prévalence retrouvée dans l'étude SMPG (Vaiva *et al.*, 2008) qui utilise le même outil de dépistage.

On note la forte proportion de femmes dans le groupe TSPT+. Cette notion est cohérente avec l'état actuel des connaissances (Vaiva *et al.*, 2008); il ne s'agit pas là d'une particularité carcérale, mais bien d'une sensibilité accrue du sexe féminin à ce trouble (Goff *et al.*, 2007).

Certaines pathologies psychiatriques sont associées très fortement avec la présence d'un TSPT. Cette étude met en évidence des prévalences plus fortes de troubles de l'humeur dans le groupe TSPT+. Ces résultats sont significatifs pour les épisodes dépressifs majeurs actuels et passés ainsi que pour les épisodes maniaques ou hypomaniaques actuels ou passés.

Dans les deux groupes, on remarque des prévalences fortes d'épisodes dépressifs actuels. Ces résultats pourraient, eux, être interprétés comme le reflet du « choc carcéral », symptomatologie fréquente de l'arrivant en détention, qui associe éléments dépressifs et anxieux. Cependant, on aurait tort d'attribuer à chacune de ces dépressions un

caractère simplement adaptatif. Beaucoup de détenus traversent d'authentiques épisodes dépressifs majeurs comme en attestent les résultats obtenus au MINI 5.0 par Falissard *et al.* (2006) : 22,9 % d'épisodes dépressifs majeurs.

Pour expliquer ce lien fort entre dépression et TSPT, Ducrocq *et al.* (2001) donnent un élément de réponse en évoquant des travaux de recherche sur des fondements neurobiologiques communs aux deux pathologies. On retrouve une suppression du cortisol en réponse à la dexaméthasone plus importante dans les épisodes dépressifs majeurs post-traumatiques que dans les épisodes dépressifs majeurs tout venant. La dépression représente au cours de l'évolution du TSPT le trouble comorbide le plus souvent associé (Gibson *et al.*, 1999).

Cette étude montre une forte augmentation du risque suicidaire dans le groupe TSPT+. Le lien a déjà été établi entre adversité dans l'enfance (agressions sexuelles, abus physiques et psychiques notamment) et suicidalité en prison (Godet-Mardirossian *et al.*, 2011). La même étude montre que cette association est médiée par certains éléments de personnalité (la stabilité affective notamment). Or, à la fois les agressions dans l'enfance (traumatisme) et les remaniements de la personnalité (conséquence) sont fréquents chez les personnes présentant un TSPT.

Parmi les troubles anxieux, il est intéressant de noter qu'à la fois le trouble panique, le trouble obsessionnel compulsif et le trouble anxieux généralisé sont augmentés de manière significative chez les sujets TSPT. Les troubles anxieux sont une comorbidité déjà confirmée dans la littérature internationale (Ducrocq dans Jehel *et al.*, 2006). Cette étude souligne le lien fort existant entre ces trois troubles anxieux et le TSPT, appuyant encore la fragilité de ces détenus.

Sur le plan des addictions, aucune différence significative n'a été retrouvée entre les deux groupes. Cependant les prévalences sont fortes chez les détenus. Si comme le dit J.-M. Sigward dans Jehel *et al.* (2006), les toxiques sont utilisés comme réponse face aux reviviscences, on peut envisager qu'il existe une sous-évaluation du TSPT chez les patients consommateurs devant l'efficacité de cette réponse.

Cette étude est la première à s'intéresser à la psychopathologie d'une population méconnue. Peu de données épidémiologiques existent sur la Guyane française et l'on transpose souvent telles quelles les données métropolitaines, ce qui est une aberration. Cette étude répond donc à un besoin urgent de développer la recherche avec des acteurs locaux pour adapter la demande de soins.

Le TSPT en prison est, de par sa prévalence et ses comorbidités, une question majeure dans la prise en charge psychiatrique des détenus. Peu de chercheurs choisissent cet axe de recherche, ce qui fait à la fois l'originalité de cette étude ainsi qu'une réponse à un véritable problème de santé publique.

Un des points forts de cette étude est l'utilisation d'un outil validé et reconnu pour ses qualités psychométriques. La comparaison avec les données de la littérature internationale est donc possible et des plus instructives pour situer cette population très particulière et les besoins spécifiques qu'elle requiert.

La première limitation de cette étude est le fait qu'elle se base uniquement sur les données d'un entretien clinique structuré. L'authenticité des données déclarées peut donc être remise en question ; en effet, certains détenus peuvent trouver un bénéfice à la prise en charge psychiatrique. Le détenu peut obtenir ainsi la liberté de circuler dans la prison pour assister aux consultations, de même que le statut de détenu « fragile » et donc l'accès au travail ou aux aménagements de peine qui pourraient être plus faciles, voire l'obtention d'être seul en cellule).

Il convient aussi de souligner la période de recueil. L'arrivée en prison est une période propice aux décompensations anxieuses. La réactivation d'une symptomatologie psychotraumatique éteinte peut se comprendre dans ce contexte-là. Ceci pourrait contribuer à expliquer la prévalence plus importante du TSPT que dans l'étude de Falissard *et al.* (2006).

Nous ne prenons pas en compte dans cette étude le statut juridique de l'arrivant (en attente de jugement, mandat de dépôt ou condamné en comparution immédiate). Cette distinction est souvent faite dans la littérature spécialisée.

Enfin, une analyse de la littérature sur le sujet montre l'intérêt, en complément des résultats sur la prévalence du TSPT, de la recherche des événements de vie traumatiques, particulièrement dans l'enfance (Godet-Mardirossian *et al.*, 2011). Ceux-ci, et plus généralement les critères A (descriptions de l'événement traumatique), permettent de remettre les symptômes dans leur contexte ; leur connaissance est cliniquement indispensable à l'instauration d'un traitement. Ils n'ont pas pu être recueillis dans la présente étude pour des raisons de faisabilité.

5) Conclusion

La vie carcérale, avec les contraintes qu'elle impose, met la personne dans une position de vulnérabilité et de dépendance qui peut réactiver les scènes traumatiques. Elle prive également des stratégies de contrôle de la mémoire intrusive (toxiques, vie sociale, travail, etc.) Dès lors, on comprend que cette exposition directe aux souvenirs traumatiques puisse bien souvent prendre la forme d'une exacerbation de la symptomatologie psychiatrique.

Cette étude montre que les personnes incarcérées dans le Centre pénitentiaire de Guyane avec un diagnostic de TSPT sont en forte proportion parmi les arrivants (17 %) et qu'elles présentent une symptomatologie psychiatrique plus riche que les autres arrivants. Cette prévalence du TSPT bien plus importante qu'en population générale est déjà très préoccupante, mais ce sont les comorbidités qui font l'urgence de cette situation. Ces détenus présentent significativement plus de manifestations thymiques et anxieuses. L'association avec un risque suicidaire moyen et élevé est très forte, ce qui fait que le repérage de cette population constitue un enjeu capital pour la psychiatrie en détention.

Cette étude appuie la nécessité de réaliser un dépistage systématique du TSPT chez les arrivants en détention. D'autre part, il est nécessaire de pouvoir traiter ces symptômes le plus tôt possible pour éviter aux comorbidités de se développer. Ces interventions spécialisées nécessitent des professionnels formés aux techniques psychothérapeutiques, comme l'EMDR, et sensibilisés aux traitements des comorbidités du TSPT, notamment en termes de risque suicidaire.

ANNEXE

TABLEAU 1

Résultats du MINI

Diagnostic MINI 5.0	Détenus participants n = 549 (%)	Détenus TSPT+ n = 95 (%)	Valeur de p
Épisode dépressif majeur actuel	143 (26)	47 (49)	p < 0,005
Risque suicidaire	110 (20)	43 (45)	p < 0,005
Épisode (hypo-)maniaque actuel	22 (4)	11 (12)	p < 0,005
Trouble panique actuel	35(6)	22 (23)	p = 0,032
Phobie sociale	59 (11)	15 (16)	p = 0,212
Trouble obsessionnel compulsif	25 (5)	11 (12)	p = 0,011
Anxiété généralisée	99 (18)	28 (29)	p = 0,04
Dépendance à l'alcool	55 (10)	13 (14)	p = 0,34
Dépendance aux toxiques	133 (24)	27 (28)	p = 0,503
Trouble psychotique	25 (5)	6 (6)	p = 0,59
Personnalité antisociale	189 (34)	40 (42)	p = 0,329

* Les résultats significatifs sont en gras dans le tableau.

RÉFÉRENCES

- Blaauw, E., Arensman, E., Kraaij, V. *et al.* (2002). Traumatic Life Events and Suicide Risk Among Jail Inmates: The Influence of Types of Events, Time Period and Significant Others. *Journal of Traumatic Stress*, 15(1), 9-16.
- Blanchy, S. & Bourgeois, M. (1975). Psychiatry in French Guiana (formal, institutional and statistical aspects). *Annales médico-psychologiques*, 1, 51-75.
- Brewin, C. R., Andrews, B. & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol*, 68(5), 748-766.
- Commission d'enquête de l'Assemblée nationale (2000). Situation dans les prisons françaises. *Documents d'information de l'Assemblée nationale*, n° 2521.
- Donley, S., Habib, L., Jovanovic, T. *et al.* (2012). Civilian TSPT Symptoms and Risk for Involvement in the Criminal Justice System. *J Am Acad Psychiatry Law*, 40, 522-529.
- Ducrocq, F., Vaiva, G., Cottencin, O. *et al.* (2001). Etat de stress post-traumatique, dépression post-traumatique et épisode dépressif majeur : la littérature. *Encéphale*, 27, 159-168.

- Ducrocq, F. Dans Jehel, L., Lopez, G. *et al.* (2006). *Psychotraumatologie*. Paris, France: Dunod.
- Falissard, B., Loze, J. Y., Gasquet, I. *et al.* (2006). Prevalence of mental disorders in French prisons for men. *BMC Psychiatry*, 6, 33.
- Fazel, S. & Danesh, J. (2002). Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet*, 359, 545-550.
- Gibson, L., Holt, J., Fondacaro, K. *et al.* (1999). An Examination of Antecedent Traumas and Psychiatric Comorbidity Among Male Inmates with TSPT. *Journal of Traumatic Stress*, 12(3), 473-478.
- Godet-Mardirossian, H., Jehel, L., Falissard, B. *et al.* (2011). Suicidality in Male Prisoners: Influence of Childhood Adversity Mediated by Dimensions of Personality. *J Forensic Sci*, 56(4), 942-949.
- Goff, A., Rose, E., Rose, S. *et al.* (2007). Does TSPT occur in sentenced prison populations? A systematic literature review. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 17, 152-162.
- Manzanera, C., Senon, J.-L. (2004). Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire: organisation, moyens, psychopathologies et réponses thérapeutiques. *Annales médico-psychologiques*, 162(8), 686-699.
- Ministères de la Santé et de la Justice, rapport (2012). *Guide méthodologique: prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice*. Éditions Dicom n° 12 101 Diffusion S12080.
- Mouquet, M.-C., Dumont, M. & Bonnevie, M.-C. (1999). La santé à l'entrée en prison: un cumul de facteurs de risque. *Études et résultats*. DREES.
- Observatoire international des prisons [OIP] Rapport (2012). *Les conditions de détention en France*. Paris, France: La Découverte.
- Pondé, M. P., Freire, A. C. & Mendonça, M. S. (2011). The prevalence of mental disorders in prisoners in the city of Salvador, Bahia, Brazil. *J Forensic Sci*, 56(3), 679-682.
- Prieto, N. & Faure, P. (2004). The mental health of new prisoners or of those monitored in french prisons with "services médico-psychologiques régionaux". *Encéphale*, 30, 525-531.
- Schmitz B. (1960). Psychiatric practice in French Guiana: clinical and psychopathological aspects. *Hyg Ment*, 49, 334-351.
- Schmitz B. (1961). Note on the use of neuroleptics in psychiatric practice in French Guiana. *Annales médico-psychologiques*, 119(1), 344-347.
- Senon, J.-L. (2004). Psychiatrie et prison: toujours dans le champ de l'actualité. *Annales médico-psychologiques*, 162(8), 646-652.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H. *et al.* (1998). The Mini-international neuropsychiatric interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*, 59(20), 22-33.
- Sigward, J. M. Dans Jehel, L., Lopez, G. *et al.* (2006). *Psychotraumatologie*. Paris, France: Dunod.

- Solomon, Z., Horesh, D., Ein-Dor, T. *et al.* (2012). Predictors of TSPT trajectories following captivity: A 35-year longitudinal study. *Psychiatry Research*, 199, 188-194.
- Spitzer, C., Dudeck, M., Liss, H. *et al.* (2001). Post-traumatic stress disorder in forensic inpatients. *Journal of Forensic Psychiatry*, 12(1), 163-177.
- Vaiva, G., Jehel, L., Cottencin, O. *et al.* (2008). Prévalence des troubles psycho-traumatiques en France métropolitaine (SMPG). *Encéphale*, 34, 577-583.