



UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2019

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Trouble de Stress Post-Traumatique en milieu carcéral :
Une revue systématique de la littérature**

Présentée et soutenue publiquement le 24 avril 2019 à 18h
Au Pôle Formation
Par **Bettina Belet**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA

Monsieur le Docteur Ali AMAD

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Thomas FOVET

Avertissement

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

Table des matières

Résumé	7
Introduction.....	9
I. Bref historique du psychotraumatisme.....	10
II. Critères diagnostiques du TSPT	12
III. Epidémiologie du TSPT	15
IV. Troubles psychiatriques et détention.....	16
V. Objectifs.....	18
Matériels et Méthodes	19
Résultats.....	22
I. TSPT en milieu carcéral.....	25
A. Prévalence générale du TSPT en détention.....	25
B. Taux d'exposition aux évènements traumatiques	28
II. Prévalence du TSPT en fonction du genre des détenus.....	29
III. Prévalence du TSPT chez les détenus mineurs	32
IV. Prévalence du TSPT en fonction des pays et des populations étudiées	35
V. Prévalence du TSPT en fonction du statut judiciaire des détenus	39
VI. Comorbidités du TSPT en milieu carcéral	41
Discussion	44
I. TSPT en milieu carcéral et en population générale : similitudes et différences 44	
A. Un trouble surreprésenté en détention	44
B. Similarités épidémiologiques entre communauté et détention	46
a. Disparités de genres : une prédominance féminine du TSPT	46
b. Disparités géographiques : un clivage socio-économique	49
c. Des comorbidités identiques en population générale et en population carcérale	50
II. TSPT en milieu carcéral : motifs d'une surreprésentation.....	55
A. Prévalence des troubles psychiatriques en détention	55
B. Facteurs de risque du TSPT	56
C. Évènements traumatiques et victimisation en détention	58
D. TSPT secondaire à un crime violent.....	61
E. TSPT et comportements violents	64
III. Etat des lieux en France	65
A. Le TSPT en milieu carcéral, en France	65

B.	Conditions de détention dans les prisons françaises.....	67
C.	Soins psychiatriques en détention.....	68
IV.	Limites.....	70
A.	Outils d'évaluation standardisée	70
B.	Critères d'inclusion et d'exclusion	72
C.	Evaluation et temporalité de l'incarcération.....	74
V.	Ouvertures et perspectives	75
A.	Prévention du TSPT en détention	75
B.	Initiatives récentes.....	76
	Conclusion.....	78
	Références bibliographiques	80

Résumé

Introduction : Le Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT) est un trouble psychiatrique fréquent, dont les complications les plus sévères sont la diminution de la qualité de vie des patients et l'augmentation du risque suicidaire. Sa prévalence, ses caractéristiques épidémiologiques, ses comorbidités, et ses spécificités sont pourtant peu explorées en milieu carcéral. L'objectif de notre travail est d'étudier la prévalence du TSPT en milieu carcéral.

Méthodes : Nous avons réalisé, en août 2018, une recherche des études explorant la prévalence du TSPT en milieu carcéral. Les publications ont été recensées à partir de la base de données électronique *PubMed*, grâce à une équation de recherche associant les termes *Medical Subject Heading (Mesh)* suivant : « *Prisons* », « *Forensic Psychiatry* », « *Psychological Trauma* », « *Stress Disorders, Traumatic* », « *Stress Disorders, Traumatic, Acute* », « *Stress Disorders, Post-Traumatic* ».

Résultats : 50 références pertinentes ont été retenues selon nos critères d'inclusion. Les taux de prévalence « *actuelle* » et « *vie entière* » du TSPT étaient très hétérogènes et s'étendaient respectivement de 0% à 48,90% et de 1% à 65,3%. Les prévalences étaient plus élevées chez les femmes adultes et mineures, et dans les pays à revenu élevé. Les comorbidités retrouvées étaient identiques à celles décrites dans la communauté, avec une association significative avec l'épisode dépressif caractérisé, les troubles anxieux, et l'augmentation du risque suicidaire. Il n'a pas été mis en évidence de différence de prévalence du TSPT selon le statut judiciaire des détenus. Pour tous les groupes étudiés, les taux de prévalence étaient supérieurs à la population générale. Le développement d'un TSPT suite à la réalisation d'un crime

violent, l'exposition fréquente à des évènements potentiellement traumatiques au cours de l'incarcération, et les liens entre TSPT et comportements violents, pourraient expliquer la surreprésentation du trouble chez les prisonniers.

Conclusion : La prévention, le dépistage et le traitement du TSPT en milieu carcéral sont nécessaires à l'amélioration de la santé mentale des détenus. Des travaux ciblés sur l'évaluation de l'influence de l'environnement carcéral sur l'évolution de ce trouble sont indispensables.

Introduction

Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) est défini comme un ensemble de signes et symptômes caractéristiques, apparaissant suite à l'exposition à un évènement traumatique. S'il s'agit aujourd'hui d'un trouble clairement identifié, avec des critères diagnostiques spécifiques, l'histoire du TSPT, bien que millénaire, est complexe. Elle est marquée par une alternance entre des périodes d'intérêt majeur, et des périodes d'éclipse, au cours desquelles il a été délaissé et oublié par les médecins. La mobilisation des associations de vétérans américains, après la guerre du Vietnam, a permis son apparition dans les classifications psychiatriques internationales, à partir de la troisième version du *Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux* (DSM-III) éditée en 1980, et de la dixième révision de la *Classification Internationale des Maladies mentales* (CIM-10) parue en 1992. Depuis, on assiste à un essor de la recherche autour de ce trouble. Le TSPT est même devenu une source d'inspiration pour la culture populaire, avec notamment les personnages de *Rambo* et du *Punisher* dans les films et bandes-dessinées éponymes. Aujourd'hui, les études sur le TSPT ne sont plus exclusivement centrées sur la population militaire. La multiplication des attentats terroristes, des catastrophes naturelles, mais aussi les travaux autour des conséquences psychologiques des violences sexuelles, des accidents individuels ou collectifs, et des agressions, ont élargi le champ de la recherche à l'ensemble de la population générale.

La population carcérale est également concernée par le TSPT. La surreprésentation des troubles psychiatriques chez les prisonniers est largement documentée et l'augmentation importante du nombre de détenus depuis les années 1980, font de la recherche en milieu carcéral un enjeu majeur de santé mentale. La

prévalence du TSPT en détention est pourtant encore mal connue, de même que ses caractéristiques chez les personnes incarcérées. La question de l'influence de la prison - considérée comme un environnement stressant, violent et traumatisant - sur l'évolution de ce trouble reste, de plus, à définir. C'est à ces réflexions qu'est consacré ce travail de thèse.

I. Bref historique du psychotraumatisme

L'histoire du TSPT est intimement liée à celle de la guerre, grande pourvoyeuse de traumatismes. Dès 900 av. J.-C., Homère décrivait dans l'*Illiade* l'effroi, l'angoisse et la sidération des hommes au combat. Au cours de l'Antiquité, on trouve aussi mention de rêves traumatiques des guerriers dans le *Traité des Songes*, d'Hippocrate (400 av. J.-C.) ainsi que dans le *De Natura Rerum* de Lucrèce (40 av. J.-C.). Plus tard, c'est à travers les récits d'Ambroise Paré qu'on retrouve des évocations d'une symptomatologie post-traumatique qu'aurait développé le roi Charles IX, au lendemain du massacre de la Saint-Barthélemy (1572), dont il avait été témoin.

Si l'histoire est émaillée d'observations ponctuelles de trouble de stress post-traumatique, c'est au XIX^{ème} siècle que l'intérêt des médecins pour ce trouble va s'accroître. L'aliéniste Philippe Pinel va décrire des troubles psychiques secondaires à des chocs émotionnels, et les classer dans les « névroses de la circulation et de la respiration » dans sa *Nosographie Philosophique* (1807). Ce sont ensuite Desgenettes, Larrey et Percy, chirurgiens de la Grande Armée, qui s'interrogeront pendant les guerres napoléoniennes sur la stupeur qui frappe les soldats frôlés par un

boulet de canon, et l'identifieront sous le terme de « *syndrome du vent du boulet* ». Par la suite, deux autres noms seront utilisés pour définir cette entité pendant la Guerre de Sécession américaine (1861-1865) : la « *Nostalgie* » terme repris à Larrey par Silas Weir Michell, et le « *soldier's heart* » (ou « *cœur de soldat* ») de Jacob Mendez Da Costa (1871), décrivant les signes et symptômes neurovégétatifs du TSPT.

Finalement, c'est l'allemand Herman Oppenheim, qui en 1888, introduira l'appellation de « *névrose traumatique* ». L'ouvrage du même nom, comporte une description sémiologique des troubles psychiatriques observés chez les survivants des accidents de chemin de fer. Y sont décrits les souvenirs obsédants de l'accident, les perturbations du sommeil avec les cauchemars traumatiques, la labilité émotionnelle, et les phobies spécifiques, en particulier la « *sidérodromophobie* » (phobie du chemin de fer), qui sont aujourd'hui les symptômes cardinaux du TSPT. Janet, dans *L'Automatisme Psychologique* (1889), puis Freud dans *L'Étiologie de l'Hystérie* (1896) feront pour leur part le lien entre « *traumatismes infantiles* » et « *hystérie* », et introduiront la notion de « *dissociation de la conscience* ».

Le début du XXème siècle est marqué par les guerres. Là encore, les psychiatres ne manqueront pas d'expressions pour expliquer les multiples troubles psychiques présentés par les soldats exposés aux combats : la « *névrose de guerre* » pendant la guerre russo-japonaise (1904-1905), « *l'hypnose des batailles* » et le « *shell-shock* » pendant la première guerre mondiale (1914-1918). Ces états traumatiques étaient responsables d'une perte d'effectif considérable dans les armées, et ont entraîné la création de la « *psychiatrie de l'avant* » dont le but était de traiter rapidement les blessés, avant de les renvoyer au front.

La fin de la première guerre mondiale marquera une baisse de l'intérêt porté au TSPT par les travaux de recherche. Il faudra attendre la guerre du Vietnam (1955-1985) pour un regain d'intérêt l'entrée de ce trouble dans les nosographies internationales. La multiplication des « *post-Vietnam syndromes* » chez les vétérans américains, a abouti à la création de « *rap-groups* », groupes de parole au cours desquels les anciens combattants exprimaient entre eux les difficultés et les symptômes dont ils souffraient depuis leur retour. C'est à la même époque que les premiers travaux sur les conséquences psychologiques des violences sexuelles sur les femmes sont publiés. En 1974, Ann Burgess et Lynda Holmstrom démontraient dans leur étude que les femmes victimes de viol présentaient les mêmes symptômes que les soldats revenus du front (1). C'est dans ce contexte que le « *Post-Traumatic Stress Disorder* » fait son apparition dans la troisième révision du DSM, en 1980. La dixième révision de la CIM suivra le même chemin en 1992, avec la création du diagnostic d'« *État de Stress Post-Traumatique* ».

II. Critères diagnostiques du TSPT

Depuis son apparition en 1980 dans le *DSM-III*, les critères diagnostiques du TSPT ont été redéfinis à plusieurs reprises. Initialement classifié dans la catégorie des troubles anxieux, il appartient depuis 2013 aux « *Troubles liés aux traumatismes et au stress* » (2). Quatre grands ensembles symptomatiques sont classiquement retenus pour le diagnostic : le syndrome de répétition, l'évitement, les altérations persistantes dans les cognitions et l'humeur, et l'hyper-réactivité. La cinquième édition du *Manuel*

Diagnostic et Statistique des troubles mentaux (DSM-5) propose actuellement les critères diagnostiques présentés dans le **Tableau 1**.

La dixième édition de la *Classification Internationale des Maladies* (CIM-10), quant à elle, définit les critères diagnostiques de l'« État de Stress Post-Traumatique » (ESPT) (3) tels que retranscrits dans le **Tableau 2**. Il est à noter que la CIM-11 est en cours de validation, et que les critères diagnostiques seront donc revus dans cette onzième édition.

Critère A	Avoir été confronté à la mort ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles, d'une ou plusieurs façons suivantes :
1	Exposition directe à un ou plusieurs événements traumatisant
2	Témoin direct d'un ou plusieurs événements traumatisant
3	Apprendre que l'évènement traumatique a été vécu par un proche
4	Exposition répétée ou extrême aux détails de l'évènement traumatisant
Critère B	Présence d'un ou plusieurs symptômes d'intrusion suivants, associés à un ou plusieurs événements traumatisants, qui sont apparus après que le ou les événements traumatisants se soient produits :
1	Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants, du ou des événements traumatisant
2	Rêves récurrents dont le contenu ou les émotions sont liés à l'évènement et qui provoquent un sentiment de détresse
3	Réactions dissociatives au cours desquelles la personne se sent ou agit comme si l'évènement traumatisant se reproduisait
4	Sentiment de détresse lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant l'évènement traumatisant
5	Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant l'évènement traumatisant
Critère C	Évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatisant, ayant débuté après que celui-ci ou ceux-ci se sont produits, avec au moins un des symptômes suivants :
1	Évitement ou tentative d'évitement des souvenirs, pensées ou sentiments relatifs à l'évènement traumatisant, provoquant un sentiment de détresse
2	Évitement ou tentative d'évitement des rappels externes, provoquant un sentiment de détresse
Critère D	Altération de la cognition et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, qui ont commencé ou empiré après la survenue du ou des événements traumatiques, avec au moins deux des symptômes suivants :
1	Incapacité de se souvenir d'éléments importants du ou des événements traumatiques
2	Croyances ou attentes négatives, persistantes ou exagérées, à propos de soi-même, d'autrui ou du monde
3	Idées déformées persistantes concernant la cause ou les conséquences de l'évènements traumatisant qui poussent la personne à se blamer ou à blamer autrui
4	Etat émotionnel négatif persistant
5	Réduction nette de l'intérêt pour les activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités
6	Sentiment de détachement ou de devenir étranger par rapport aux autres
7	Incapacité persistante de ressentir des émotions positives
Critère E	Modifications de l'état d'éveil et de la réactivité associés à un ou plusieurs événements traumatiques, qui ont commencé ou empiré après que l'évènement traumatisant s'est produit, avec au moins deux des symptômes suivants:
1	Irritabilité et accès de colère
2	Comportement irréfléchi ou autodestructeur
3	Hypervigilance
4	Réaction de sursaut exagéré
5	Problèmes de concentration
6	Troubles du sommeil
Critère F	La perturbation (les symptômes décrits aux critères B, C, D et E) dure depuis plus d'un mois
Critère G	La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une incapacité importante dans les dimensions sociale, professionnelle, ou toute autre dimension importante du fonctionnement
Critère H	La perturbation n'est pas attribuable aux effets physiologiques d'une substance ou d'une autre affection

Tableau 1. Critères diagnostiques du TSPT selon le DSM-5 (2).

Critère A	Avoir été exposé à un événement stressant ou à une situation de nature exceptionnellement menaçante ou catastrophique, susceptible de provoquer une détresse envahissante chez presque tout le monde	
Critère B	Souvenirs persistants, ou "reviviscences" de l'évènement stressant dans des "flashbacks" intrusifs, des souvenirs intenses ou des rêves récurrents, ou expérience d'une détresse, après exposition à des circonstances ressemblant ou associées à l'évènement stressant	
Critère C	Évitement ou tentative d'évitement des circonstances ressemblant ou associées à l'évènement stressant, qui n'était pas présent avant que l'évènement stressant se soit produit	
Critères D	Un des deux symptômes suivant doit être présent :	
1	Incapacité à se souvenir, partiellement ou complètement, de certains aspects importants de l'évènement stressant	
2	Activité neurovégétative persistante (non présente avant l'évènement stressant), caractérisée par au moins deux des symptômes suivants :	
	(a)	Difficulté à s'endormir ou à rester endormi
	(b)	Irritabilité ou accès de colère
	(c)	Difficultés de concentration
	(d)	Hypervigilance
	(e)	Réaction exagérée à la surprise
Critère E	Les critères B, C et D doivent tous être présents au cours des 6 mois suivant l'évènement stressant	

Tableau 2. Critères diagnostiques de ESPT selon la CIM-10 (3).

III. Épidémiologie du TSPT

La première étude épidémiologique de grande ampleur réalisée en population générale est celle de Kessler et al. (1995) (4), qui estimait le taux de prévalence du TSPT « *vie entière* » à 7,8% au sein de la population américaine adulte. Cette étude établissait par ailleurs plusieurs constats qui allaient être confirmés par les études suivantes : les femmes étaient plus touchées que les hommes, avec un risque au moins deux fois plus élevé ; la probabilité de développer ce trouble dépendait des évènements traumatiques vécus ; et les comorbidités étaient fréquentes (au moins un autre trouble psychiatrique était associé dans environ 80% des cas). Le taux d'exposition à un évènement traumatique « *vie entière* » était, dans cette étude, estimé à 61% chez les hommes et 51% chez les femmes.

Plus récemment, une étude de l'OMS réalisée dans 24 pays (5) rapportait un taux de prévalence « *vie entière* » du TSPT de 3,9% sur l'ensemble de la population évaluée, avec d'importantes disparités entre les pays, les prévalences s'étendant de 0,3% pour la plus faible, en République Populaire de Chine, à 8,8%, pour la plus élevée, en Irlande du Nord. Les taux d'exposition aux évènements traumatiques étaient tout aussi hétérogènes et allaient de 29% en Roumanie à 83% au Pérou. La comparaison des données selon les pays mettait en évidence une prévalence plus élevée dans les pays à revenu élevé, par rapport aux pays à revenu intermédiaire supérieur et intermédiaire inférieur. Cette étude montrait également que les taux de prévalence du TSPT n'étaient pas strictement en lien avec les taux d'exposition aux évènements traumatiques : parmi les sujets exposés à un traumatisme, le pourcentage de personnes développant un TSPT variait de 0,5% à 14,5%, selon les différents pays. L'évolution du trouble, la durée des symptômes et l'influence des facteurs socio-démographiques n'étaient pas non plus identiques dans les 24 nations.

En France, la prévalence « *vie entière* » du TSPT était évaluée à 3,9%, pour un taux d'exposition aux évènements traumatiques de 72,7% (6).

IV. Troubles psychiatriques et détention

Les liens entre la prison et la psychiatrie sont débattus depuis plusieurs siècles. En 1840 déjà, Jules Baillarger, médecin aliéniste français, dénonçait dans ses « *Notes sur la cause de la fréquence de la folie chez les prisonniers* », « *qu'on devait*

rencontrer, sur un nombre donné de prisonniers, plus de fous que sur le même nombre de gens honnêtes ».

Des dispositifs spéciaux seront créés dès le XIX^{ème} siècle, à la fois dans la communauté et en détention, avec d'un côté, l'élaboration de structures de soins destinées aux malades mentaux jugés dangereux ; et de l'autre, l'apparition d'établissements ou de quartiers pénitentiaires spécifiques, pour les détenus atteints de troubles psychiatriques sévères (7). L'histoire des soins psychiatriques en milieu carcéral remonte donc à de nombreuses années, mais elle connaîtra surtout une avancée majeure avec la création des Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR), en 1986, qui permettront la création d'un secteur de psychiatrie pénitentiaire, et le rattachement de chaque région pénitentiaire à un établissement hospitalier public.

C'est à la même époque que les premières études épidémiologiques internationales portant sur la santé mentale des personnes incarcérées vont être réalisées. Toutes les études conduites depuis confirmeront invariablement la surreprésentation de l'ensemble des troubles psychiatriques en milieu carcéral. Une revue de la littérature portant sur 23 000 prisonniers identifiait en 2002 la présence d'un trouble psychotique, d'un épisode dépressif caractérisé, ou d'un trouble de la personnalité chez 70% des détenus (8). Les troubles de l'usage d'alcool et de substance étaient respectivement retrouvés chez 10 à 24% et 10 à 60% des prisonniers (9). Enfin, on considère que le taux de suicide est pour 3 fois plus important chez les détenus hommes et 9 fois plus important chez les détenus femmes, que dans la population générale (10).

Le TSPT semble également être particulièrement fréquent chez les prisonniers. Il serait même un des troubles les plus souvent retrouvés en milieu carcéral (11). Néanmoins, seules 2 revues de la littérature ont été réalisées sur le sujet. La première, portant sur 4 études, rapportait une prévalence de 4 à 21% chez les personnes détenues (12). La seconde, incluant 36 articles, calculait une prévalence « *actuelle* » du TSPT à 6,2% pour les hommes incarcérés et 21,1% pour les femmes incarcérées (13). Aucune de ces études ne comparait ces prévalences à celles de la population générale. Les comorbidités, les spécificités éventuelles retrouvées chez les prisonniers et l'influence de l'environnement carcéral n'étaient pas non plus discutées. Les causes expliquant les prévalences du TSPT chez les détenus restent donc encore à définir. Par ailleurs, des taux importants de victimisation ont été mis en avant en détention (14) et on ne peut que s'interroger sur l'évolution possible du TSPT en milieu carcéral, où les facteurs de stress sont multiples.

V. Objectifs

L'objectif principal de notre travail était de déterminer la prévalence du TSPT chez les hommes, femmes et mineurs incarcérés. Les objectifs secondaires étaient :

- rechercher d'éventuelles différences de prévalence en fonction du genre des détenus, de leur âge, de leur statut judiciaire, ou des pays dans lesquels ils étaient incarcérés
- identifier les comorbidités du TSPT en milieu carcéral
- définir les spécificités du TSPT chez les prisonniers

Matériels et Méthodes

Nous avons réalisé en août 2018, une recherche des études explorant la prévalence du TSPT en milieu carcéral. Les publications ont été recensées à partir de la base de données électronique PubMed grâce à une équation de recherche associant les termes *Medical Subject Headings* (Mesh) suivants : « *Prisons* », « *Forensic Psychiatry* », « *Psychological Trauma* », « *Stress Disorders, Traumatic* », « *Stress Disorders, Traumatic, Acute* », « *Stress Disorders, Post-Traumatic* ». Nous avons également examiné les références citées dans les articles sélectionnés afin d'identifier toute étude supplémentaire pertinente. La période d'investigation n'était pas limitée dans le temps et était étendue jusqu'en août 2018.

Les critères d'inclusion étaient :

- Publication en anglais ou en français dans un journal avec comité de lecture.
- Enquêtes nationales de prévalence
- Population cible : mineurs et adultes de sexe masculin ou féminin incarcérés en population carcérale générale au moment de la réalisation des études.
- Évaluation de la prévalence du TSPT.

Nous avons évalué la pertinence des articles identifiés à partir de la recherche grâce à une analyse de leur titre et résumé.

Les critères d'exclusion étaient les suivants :

- Articles non rédigés en anglais ou en français.
- Absence d'évaluation de la prévalence du TSPT dans une population carcérale.
- Absence de données originales.

- Absence d'évaluation par des instruments de mesure validés et/ou absence d'entretien clinique.
- Étude réalisée sur des sujets non incarcérés au moment de l'évaluation.
- Étude réalisée sur une population aux caractéristiques sanitaires spécifiques (statut VIH positif, trouble lié à l'usage d'une substance, etc).
- Revues de la littérature.
- Articles d'opinion, lettres à l'éditeur.

Les articles retenus ont fait l'objet d'une évaluation approfondie (évaluation du texte complet). Les mêmes critères d'inclusion et d'exclusion ont été utilisés lors de cette deuxième étape. La stratégie de recherche est présentée dans la Figure 1, selon les recommandations PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis*).

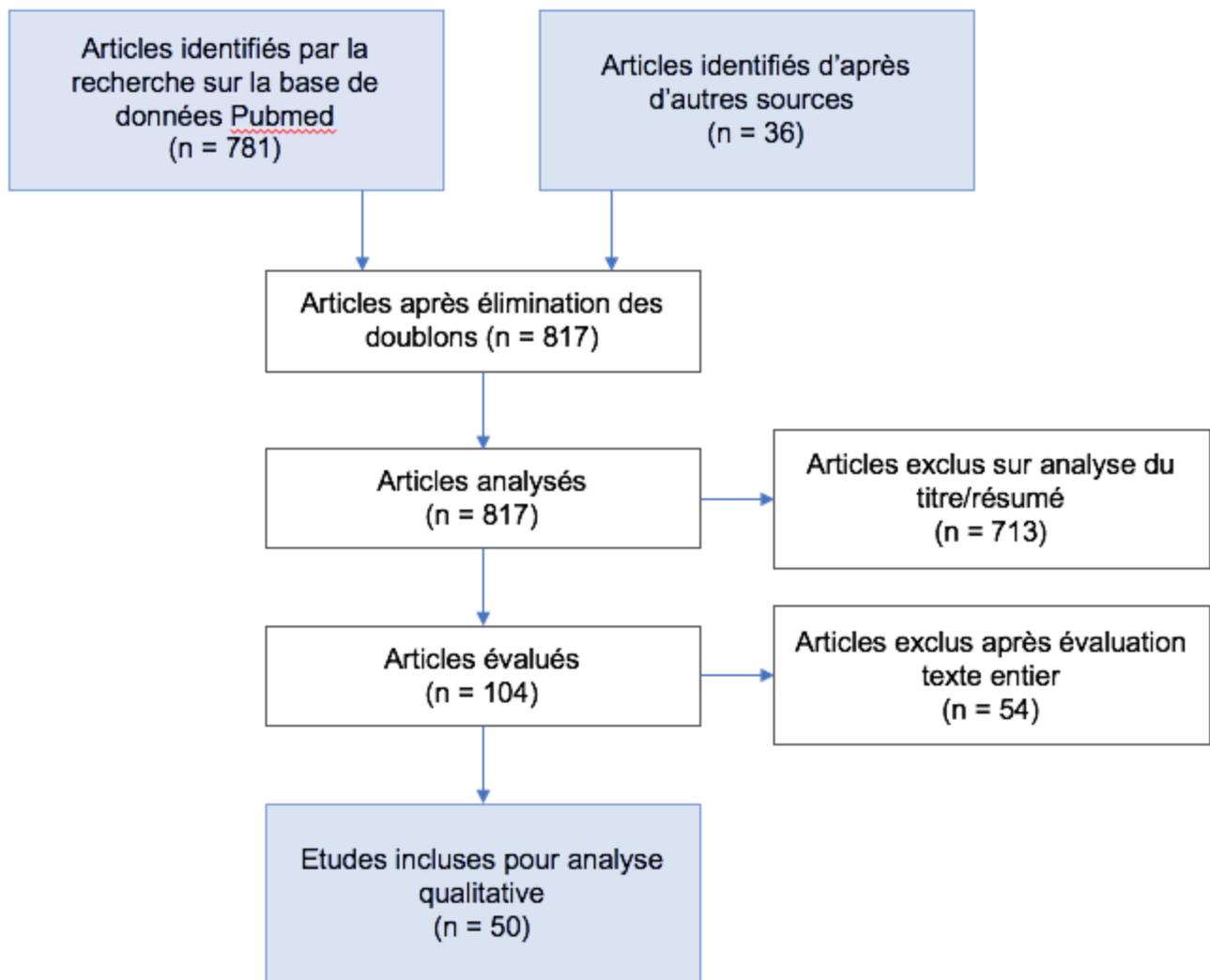


Figure 1. Diagramme de flux concernant la sélection des études évaluant la prévalence du TSPT en milieu carcéral.

Résultats

Les caractéristiques générales des études identifiées sont résumées dans le **Tableau 3**. Au total, 50 articles ont été inclus (15–64). Les études sélectionnées ont été menées dans 22 pays différents, dont 14 dans des pays à revenu élevé (Canada, États-Unis d'Amérique, Royaume-Uni, Irlande, Nouvelle-Zélande, Australie, Japon, France, Allemagne, Suisse, Pays-Bas, Islande, Espagne, Chili), 6 dans des pays à revenu intermédiaire supérieur (Russie, Chine, Iran, Turquie, Afrique du Sud, Brésil), et 2 dans des pays à revenu intermédiaire inférieur (Inde, Nigéria).

Parmi ces 50 études, 11 évaluaient la prévalence du TSPT chez des détenus hommes majeurs, 11 chez des détenues femmes majeures, 16 études bénéficiaient d'un échantillon mixte, et 11 se concentraient sur des détenus mineurs. Une étude incluait à la fois des détenus hommes majeurs et mineurs.

La prévalence du TSPT était évaluée soit dans le dernier mois, dans les 6 derniers mois, dans l'année passée, ou sur la vie entière

Auteurs	Année	Pays	Taille de l'échantillon (n)		Statut des prisonniers (n)		Outils de mesure	Critères diagnostiques	Prévalence estimée du TSPT (%)			Vie entière	
			Hommes	Femmes	Mineurs	Prévenus			Condamnés	1 mois	6 mois		12 mois
Hogins et al. (15)	1990	Canada	495	-	-	-	495	DIS	DSM-III	-	3,90%	4,20%	5,90%
Burton et al. (16)	1994	USA	-	-	91 (H)	-	91	SCL-90-R	DSM-III-R	24%	-	-	-
Tepin et al. (17)	1996	USA	-	1272	-	1272	-	DIS	DSM-III-R	-	22,30%	-	33,50%
Brooke et al. (18)	1996	Royaume-Uni	544	-	206 (H)	750	-	Entretien clinique	CIM-10	1,70%	-	-	-
Steiner et al. (19)	1997	USA	-	-	85 (H)	-	85	Psychiatric Diagnostic Interview-Revised	DSM-III-R	31,70%	-	-	-
Powell et al. (20)	1997	USA	213	-	-	95	118	DIS	DSM-III-R	-	21,10%	-	33%
Zlotnick et al. (21)	1997	USA	-	85	-	-	85	SCID	DSM-IV	48,20%	-	-	20%
Mohann et al. (22)	1998	Irlande	-	45	-	Mixte (Non détaillé)	-	Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry	DSM-IV	2%	-	-	-
Cauffman et al. (23)	1998	USA	-	-	96 (F)	-	96	Psychiatric Diagnostic Interview-Revised	DSM-III-R	48,90%	-	-	65,30%
Singleton et al. (24)	1998	Royaume-Uni	2371	771	-	1437	1705	CIS-R, Entretien clinique	ICD-10	4% (H)/6% (F)	-	-	-
Duclos et al. (25)	1998	USA	-	-	86 (H) / 64 (F)	Non détaillé	-	DISC-C	DSM-III-R	-	2,3% (H)/0% (F)	-	-
Brinded et al. (26)	2001	Nouvelle-Zélande	1085	-	-	Mixte (Non détaillé)	-	CIDI	DSM-IV	8,9% (H)/16,6% (F)	-	-	20,3% (H)/37% (F)
Wasserman et al. (27)	2001	USA	-	-	292 (H)	-	292	DISC	DSM-IV, CIM-10	-	4,80%	-	-
Brink et al. (28)	2001	Canada	202	-	-	-	202	SCID	DSM-IV	4%	-	-	1%
Ruchkin et al. (29)	2002	Russie	-	-	370 (H)	Non détaillé	-	K-SADS-PL	DSM-IV	24,80%	-	-	-
Butler et al. (30)	2003	Australie	756	165	-	Mixte (Non détaillé)	-	CIDI	DSM-IV, CIM-10	16,9% (H)/37,6% (F)	-	21,7% (H)/43,6% (F)	-
Butler et al. (30)	2003	Australie	458	108	-	-	566	CIDI	DSM-IV, CIM-10	9,5% (H)/28,6% (F)	-	16,2% (H)/43,8% (F)	-
Ulzen et al. (31)	2003	Canada	-	-	49 (H)	-	49	DISCA-R	DSM-III-R	24,50%	-	-	-
Abram et al. (32)	2004	USA	-	-	531 (H) / 361 (F)	Mixte (Non détaillé)	-	DISC	DSM-IV	-	-	10% (H)/15% (F)	-
Yoshinaga et al. (33)	2004	Japon	-	-	206 (H) / 45 (F)	-	251	Clinician Administered PTSD Scale	DSM-IV	8% (H)/0% (F)	-	-	8% (H)/50% (F)
Duburq et al. (34)	2004	France	799	99	-	281	617	MINI, Entretien clinique	DSM-IV	21% (H)/37% (F)	-	-	-
Duburq et al. (34)	2004	France (Martiinique)	100	-	-	18	82	MINI, Entretien clinique	DSM-IV	13%	-	-	-
Dixon et al. (35)	2005	Australie	-	-	100 (F)	67	33	K-SADS-PL	DSM-IV	20%	-	-	17%
Green et al. (36)	2005	USA	-	100	-	80	20	CIDI	DSM-IV	22%	-	-	-
Huang et al. (37)	2006	Chine	-	471	-	-	471	SCL-90, Clinician Administered PTSD Scale	DSM-IV	10,60%	-	-	15,90%
Assadi et al. (38)	2006	Iran	351	-	-	-	351	SCID	DSM-IV	0,70%	-	-	-
Tye et al. (39)	2006	Australie	-	103	-	28	74	CIDI	CIM-10	-	-	36%	-
Von Schonfeld et al. (40)	2006	Allemagne	76	63	-	-	139	SCID, SCL-90	DSM-IV	11,8% (H)/31,7% (F)	-	-	32,9% (H)/46% (F)
Urbanioek et al. (41)	2007	Suisse	86	-	-	25	61	PDS	DSM-IV	27%	-	-	-
Trestman et al. (42)	2007	USA	307	201	-	Mixte (Non détaillé)	-	SCID, Clinician Administered PTSD Scale	DSM-IV	5,7% (H)/24,5% (F)	-	-	20% (H)/41,8% (F)
Gunter et al. (43)	2008	USA	264	56	-	-	320	MINI-Plus	DSM-IV	10,2% (H)/23,2% (F)	-	-	-
Dudeck et al. (44)	2009	Allemagne	102	-	-	-	102	SCID, SCL-90	DSM-IV	2,90%	-	-	5,90%
Buiten et al. (45)	2009	Pays-Bas	191	-	-	90	101	MINI, SCL-90	DSM-III-R	5%	-	-	-

Auteurs	Année	Pays	Taille de l'échantillon (n)		Statut des prisonniers (n)		Outils de mesure	Critères diagnostiques	Prévalence estimée du TSPT (%)				
			Hommes	Femmes	Mineurs	Prévenus			Condamnés	1 mois	6 mois	12 mois	Vie entière
Einarsson et al. (46)	2009	Islande	90	-	-	-	90	MINI	DSM-IV, CIM-10	4%	-	-	-
Boggeimez et al. (47)	2010	Turquie	30	30	-	Mixte (Non détaillé)	-	SCID	DSM-IV	7% (H)/10% (F)	-	-	-
Vicens et al. (48)	2011	Espagne	707	-	-	707	-	SCID	DSM-IV	0,40%	-	-	5,50%
Math et al. (49)	2011	Inde	4822	197	-	1197	3822	MINI-Plus	DSM-IV	0,30%	-	-	-
Naidoo et al. (50)	2012	Afrique du Sud	185	8	-	102	73	MINI	DSM-IV, CIM-10	9,80%	-	-	-
Heffernan et al. (51)	2012	Australie	331	65	-	144	252	CIDI	CIM-10	-	-	12,1% (H)/32,3% (F)	-
Derksen et al. (52)	2012	Canada	-	88	-	-	88	DJS	DSM-IV	-	-	31,40%	52,30%
Mundt et al. (53)	2013	Chili	855	153	-	206	802	CIDI	DSM-IV	-	-	0,7% (H)/3,3% (F)	-
Lynch et al. (54)	2014	USA	-	491	-	251	240	CIDI	DSM-IV	-	-	28%	53%
Afolola et al. (55)	2014	Nigeria	-	-	144 (H)	Mixte (Non détaillé)	-	K-SADS-PL	DSM-IV	5,90%	-	-	9,70%
Andreoli et al. (56)	2014	Bésil	1192	617	-	516	1283	CIDI	DSM-IV, CIM-10	-	-	7,8% (H)/16,1% (F)	26,4% (H)/40,2% (F)
Foa et al. (57)	2015	USA	-	387	-	-	387	PDS	DSM-IV	44%	-	-	-
Mir et al. (58)	2015	Allemagne	-	150	-	16	134	MINI	DSM-IV	26%	-	-	-
Mundt et al. (59)	2016		229	198	-	Mixte (Non détaillé)	-	MINI	DSM-IV	18,8% (H)/16,2% (F)	-	-	-
Arnal et al. (60)	2016	France (Guyane)	549 (Non détaillé)	-	-	Mixte (Non détaillé)	-	MINI	DSM-IV	17%	-	-	-
Beaudette et al. (61)	2016	Canada	1110	-	-	-	1110	SCID	DSM-IV	11%	-	-	13,40%
Zabala-Banos et al. (62)	2016	Espagne	184	-	-	-	184	SCID	DSM-IV	6%	-	-	22,80%
Bebbington et al. (63)	2017	Angleterre	197	171	-	174	194	PDS	DSM-IV	4,5% (H)/12% (F)	-	-	-
Brown et al. (64)	2018	Canada	-	154	-	-	154	SCID	DSM-IV	33,10%	-	-	34,40%

Tableau 3. Études évaluant la prévalence du TSPT en milieu carcéral (par ordre chronologique)
H : Hommes. F : Femmes.

I. TSPT en milieu carcéral

A. Prévalence générale du TSPT en détention

L'analyse des 50 articles identifiés par notre travail de revue systématique de la littérature met en évidence d'importantes disparités dans les chiffres de prévalence du TSPT en milieu carcéral. Les taux de prévalence « *actuelle* » (définie selon les études comme la présence d'un diagnostic de TSPT dans le mois, dans les 6 mois ou dans les 12 mois précédents l'étude) s'étendent en effet de 0 à 48,90%. L'évaluation de la prévalence « *vie entière* » montre des résultats tout aussi hétérogènes, avec des taux allant de 1% à 65,3%.

Pour les hommes majeurs détenus, les taux de prévalence « *actuelle* » sont estimés entre 0,4% et 27% et ceux « *vie entière* » entre 1% et 33%.

Pour les femmes majeures détenues, les taux de prévalence « *actuelle* » et « *vie entière* » du TSPT sont respectivement mesurés entre 2% et 48,2% et entre 15,90% et 53%.

Pour les détenus mineurs, les taux de prévalence « *actuelle* » les plus bas sont de 2,3% pour les hommes et 0% chez les femmes ; les taux les plus élevés allant jusqu'à 31,7% chez les hommes et jusqu'à 48,9% chez les femmes. Les résultats « *vie entière* » sont peu étudiés chez les mineurs hommes, mais s'étendent chez les femmes de 17% à 65,3%.

Ainsi, le TSPT fait partie des pathologies psychiatriques largement surreprésentées en population carcérale. Dans une étude de Brinded et al. (2001) (26), il est identifié comme le trouble psychiatrique ayant la prévalence la plus élevée, à la fois chez les hommes et les femmes détenus. Dans les études de Teplin et al. (1996) (17) ; Powell et al. (1997) (20) ; Butler et al. (2003) (30) ; Von Schonfeld et al. (2006) (40) ; Heffernan et al. (2012) (51) ; Lynch et al. (2014) (54) ; et Andreoli et al. (2014) (56) ; le TSPT est le trouble le plus fréquent chez les sujets évalués, après le trouble lié à l'usage de substance (toute substance confondue). Dans 8 autres études, il est parmi les 3 premiers troubles retrouvés chez les prisonniers (Brink et al. (2001) (28) ; Tye et al. (2006) (39) ; Trestman et al. (2007) (42) ; Gunter et al. (2008) (43) ; Naidoo et al. (2012) (50) ; Mir et al. (2015) (58) ; Beaudette et al. (2016) (61) ; Zabala-Baños et al. (2016) (62)).

Afin de contextualiser ces résultats, le **Tableau 4** présente les taux de prévalence « *vie entière* » ou « *actuelle* » du TSPT évalués dans la *World Health Organization World Mental Health Surveys* (WMHS), une vaste étude de prévalence des troubles psychiatriques en population générale menée au sein 24 pays (5) ; et ceux retrouvés en population carcérale, pour lesquels des données de comparaison en population générale étaient disponibles.

	Population générale "vie entière"	Population générale "actuelle"	Population carcérale "vie entière"	Population carcérale "actuelle"
Etats-Unis	6,90%	-	28,6% (Trestman et al., 2007)	-
Nouvelle-Zélande	6,10%	-	22,8% (Brinded et al., 2001)	-
Australie	-	4,4% (12 mois)	-	23,8% (Butler et al., 2003)
France	-	0,7% (1 mois)	-	14% (Duburcq et al., 2004)
Chine	0,30%	-	15,9% (Huang et al., 2006)	-
Allemagne	1,70%	-	5,90% (Dudeck et al., 2009)	-
Espagne	2,80%	-	3,5% (Vincens et al., 2011)	-
Brésil	3,20%	-	28,8% (Andreoli et al., 2014)	-

Tableau 4. Comparaison des taux de prévalence « *vie entière* » ou « *actuelle* » en population générale (WMHS) et en la population carcérale.

Cette comparaison confirme la surreprésentation particulièrement importante du TSPT en population carcérale, par rapport à la population générale. Les taux retrouvés en prison, quel que soit le pays étudié, sont systématiquement supérieurs à ceux retrouvés dans la communauté. Dans certains pays, les différences de prévalence sont considérables, avec jusqu'à 20 à 50 fois plus de TSPT chez les détenus, en France et en Chine. Dans d'autres pays, des taux de 1,5 à 9,6 fois supérieurs chez les personnes incarcérées sont mis en évidence. En Angleterre, la prévalence du TSPT dans la population générale a été estimée dans une cohorte appelée *Adult Psychiatric Morbidity Survey* (65) avec un taux dans le mois précédent calculé à 4,4%. Une étude de Bebbington et al. (2017) (63) évaluait ce taux à 8% chez les détenus anglais, appuyant les comparaisons précédentes. Notons toutefois que

pour certains pays, les données épidémiologiques actuellement disponibles ne permettent pas cette comparaison.

B. Taux d'exposition aux évènements traumatiques

En ce qui concerne les taux d'exposition aux évènements traumatiques, on remarque qu'ils sont également particulièrement élevés chez les personnes incarcérées. La plupart des études rapportent des taux supérieurs à 70%, pouvant aller jusqu'à 98% (36).

Il est également démontré que si les détenus sont exposés à plus d'évènements traumatiques, ils le sont aussi plus jeunes. Dans l'étude de Duburcq et al. (2004) (34), 28% des hommes et 40% des femmes interrogés ont été victimes de maltraitance physique, psychologique ou sexuelle dans l'enfance. Bosgelmez et al. (2010) (47), rapporte qu'un détenu sur quatre a été abusé physiquement étant enfant. Green et al. (2005) (36), rapporte pour sa part que 62% des femmes ayant participé à l'étude ont été exposées à un traumatisme dans leur enfance.

Les études mettent enfin en avant que les prisonniers, sont le plus souvent exposés à de multiples traumatismes, et non à un seul évènement traumatique (17,37,41).

II. Prévalence du TSPT en fonction du genre des détenus

Les données actuelles de la littérature rapportent des différences de prévalence du TSPT en population générale en fonction du genre, avec une prévalence supérieure de ce trouble chez les femmes (4).

Nous avons identifié 16 articles étudiant un échantillon de détenus adultes hommes et femmes avec des différences de prévalence du TSPT selon le genre. Tous ces articles, à l'exception de l'étude de Mundt et al. (2016) (59) retrouvent des taux de prévalence nettement supérieurs chez les femmes, avec des taux 1,5 à 3,7 fois plus importants que chez les détenus hommes. La **Figure 2** détaille ces résultats.

Prévalence du TSPT par genre

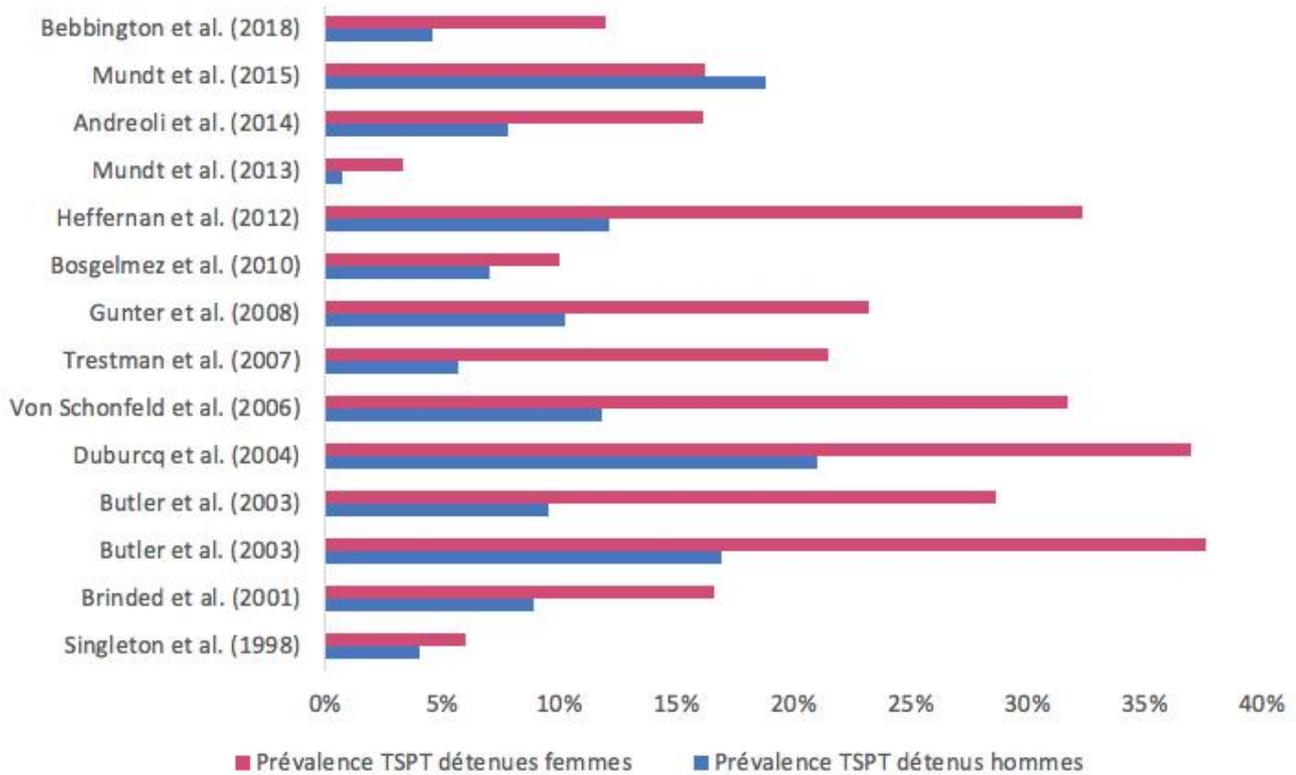


Figure 2. Taux de prévalence du TSPT en milieu carcéral en fonction du genre des détenus, pour les détenus adultes.

Les études de Naidoo et al. (2012) et Math et al. (2011) décrivent des prévalences du TSPT supérieures chez les détenues femmes, sans les détailler.

Les taux d'exposition à des événements traumatiques ne permettent pas d'expliquer cette différence, au contraire, puisqu'ils sont de manière générale plus élevés chez les hommes que chez les femmes. On remarque cependant que les hommes et les femmes incarcérés ne sont pas exposés aux mêmes types d'évènements traumatiques. Pour les détenus hommes, les évènements traumatiques identifiés par les articles inclus sont, par ordre de fréquence, des agressions physiques, avoir été témoin d'une agression ou d'un meurtre, ainsi que des agressions

sexuelles ou des viols dans l'enfance. Chez les femmes, on retrouve une exposition particulièrement importante des femmes aux évènements traumatiques interpersonnels (viols, agressions sexuelles, abus physiques par un conjoint ou un proche, abus physiques ou sexuels dans l'enfance).

La première étude analysant spécifiquement le TSPT chez les détenues est celle de Zlotnick et al. (1997) (21). Concernant l'exposition aux évènements traumatiques, on retrouvait alors les chiffres suivants : 40% des femmes incarcérées rapportaient des abus sexuels dans l'enfance, 55% des abus physiques dans l'enfance, 53% un viol à l'âge adulte et 63% des violences physiques à l'âge adulte.

Les études réalisées par la suite viennent confirmer la place des traumatismes interpersonnels. Dans une étude de Huang et al. (2006) (37), le calcul de la probabilité conditionnelle de TSPT en fonction des évènements traumatiques montre que l'exposition à des traumatismes interpersonnels augmente le risque de développer ce trouble, par rapport aux autres évènements traumatiques. Ces conclusions sont également retrouvées, dans l'étude de Bosgelmez et al. (2010) (47) ; 67% des femmes interrogées décrivent un traumatisme interpersonnel comme le traumatisme le plus marquant, avec une exposition aux viols et agressions sexuelles, à la violence conjugale et aux abus psychologiques largement supérieure chez les femmes de l'étude. Dans une étude de Green et al. (2015) (36), 90% des détenues interrogées ont été exposées à un traumatisme interpersonnel, les traumatismes les plus fréquemment retrouvés étant la violence perpétrée par un partenaire sentimental (71% de l'échantillon), une maltraitance physique, sexuelle ou psychologique dans l'enfance (62%) et un antécédent de viol (58%). Enfin, une étude de Foa et al. (2015) (57), a pu

montrer que les femmes détenues souffrant d'un TSPT étaient significativement plus à risque de rapporter des antécédents de violence physique par un assaillant connu, d'agression sexuelle, ou d'exposition à un acte sexuel avant l'âge de 18 ans par une personne ayant au moins 5 ans de plus qu'elles.

Il apparaît donc que dans la population carcérale comme dans la population générale, la prévalence du TSPT est plus élevée chez les femmes que chez les hommes. Une des explications à cette différence pourrait être l'exposition plus importante des femmes aux événements traumatiques interpersonnels, pour lesquels la probabilité conditionnelle de développer un TSPT est supérieure à celle des autres événements traumatiques.

III. Prévalence du TSPT chez les détenus mineurs

Onze études incluaient des détenus mineurs. Leurs résultats sont détaillés dans le **Tableau 5.**

	Prévalence du TSPT chez les détenus mineurs (%)	
	Hommes	Femmes
Burton et al. (16)	24%	-
Steiner et al. (19)	31,70%	-
Cauffman et al. (23)	-	48,90%
Duclos et al.* (25)	2,30%	0%
Wasserman et al.* (27)	4,80%	-
Ruchkin et al. (29)	24,80%	-
Ulzen et al. (31)	24,50%	-
Abram et al.** (32)	10%	15%
Yoshinaga et al. (33)	8%	0%
Dixon et al. (35)	-	20%
Atilola et al. (55)	-	6%

Tableau 5 : Taux de prévalence du TSPT pour les détenus mineurs, hommes et femmes. Les résultats sont exprimés en prévalence à « 1 mois ».

* Résultats exprimés en prévalence à « 6 mois ».

** Résultats exprimés en prévalence « 12 mois ».

Comme pour les détenus adultes, ces taux varient de manière conséquente en fonction des études, avec des chiffres allant de 2,3% à 31,7% chez les hommes, et de 0% à 48% chez les femmes.

Malgré cette hétérogénéité, les études s'accordent pour conclure que la prévalence du TSPT est supérieure chez les mineurs incarcérés, non seulement par rapport à la population générale du même âge, mais également par rapport à la population générale adulte. En d'autres termes, les détenus mineurs constituent une population particulièrement exposée au TSPT. Les études d'Ulzen et al. (2003) (31), et d'Atilola et al. (2004) (55) ; mettent en lumière ces écarts en comparant les taux de prévalence chez les détenus mineurs et dans un groupe contrôle, constitué

d'adolescent issus de la population générale, aux caractéristiques socio-démographiques similaires. Dans l'étude d'Ulzen et al. (2003), le taux de prévalence du TSPT s'élève à 24,5% dans le groupe incarcéré, alors qu'il est de 0% dans le groupe comparatif. L'étude d'Atilola et al. (2004), retrouve pour sa part une prévalence de 5,8% chez les détenus mineurs, contre 1,4% chez les adolescents non incarcérés.

Les taux d'exposition à des évènements potentiellement traumatiques sont particulièrement élevés chez les adolescents emprisonnés, et se rapprochent de ceux des détenus adultes, avec des taux supérieurs à 75% dans toutes les études, à l'exception notable de celle de Yoshinaga et al. (2004) (33) (retrouvant un pourcentage d'exposition à des évènements traumatiques de 35%, chez les délinquants mineurs japonais). De même, les détenus adolescents sont eux aussi fréquemment exposés à plus d'un traumatisme, l'article d'Abram et al. (2004) (32), décrivant par exemple que 84% des détenus interrogés avaient vécu au moins deux traumatismes, et que 58% avaient été exposés à au moins six traumatismes.

La prédominance féminine du diagnostic de TSPT est également présente chez les détenus mineurs. L'étude d'Abram et al. (2004) (32), réalisée sur un échantillon mixte, retrouve un taux de prévalence de TSPT, 1,5 fois plus important chez les femmes. Celle de Cauffman et al. (1998) (23) conclut que les femmes détenues ont 50% de risque en plus de développer ce trouble que les hommes.

De la même manière que pour les détenus adultes, les types d'évènements auxquels sont exposés les adolescents incarcérés varient en fonction de leur genre. Comme pour les femmes adultes, les adolescentes traumatisées étaient exposées

avant tout à des évènements traumatiques interpersonnels. Dixon et al. (2005) (35), rapporte que pour 70% des détenues souffrant d'un TSPT, l'évènement traumatique était une agression sexuelle. Dans l'étude de Cauffman et al. (1998) (23), elles étaient 51% à avoir été victimes de violence, contre 15% des hommes interrogés.

Les caractéristiques du TSPT retrouvées chez les détenus les plus jeunes semblent donc proches de celles présentes dans la population carcérale adulte.

IV. Prévalence du TSPT en fonction des pays et des populations étudiées

Les **Figures 3 et 4** montrent la prévalence du TSPT en fonction des pays étudiés. Même s'il existe une grande variabilité dans les résultats, non seulement entre les différents pays étudiés, mais également au sein d'un même pays, que ce soit pour les détenus hommes ou femmes ; majeurs ou mineurs, certaines tendances se dégagent.

Prévalence du TSPT par pays (Détenus hommes)

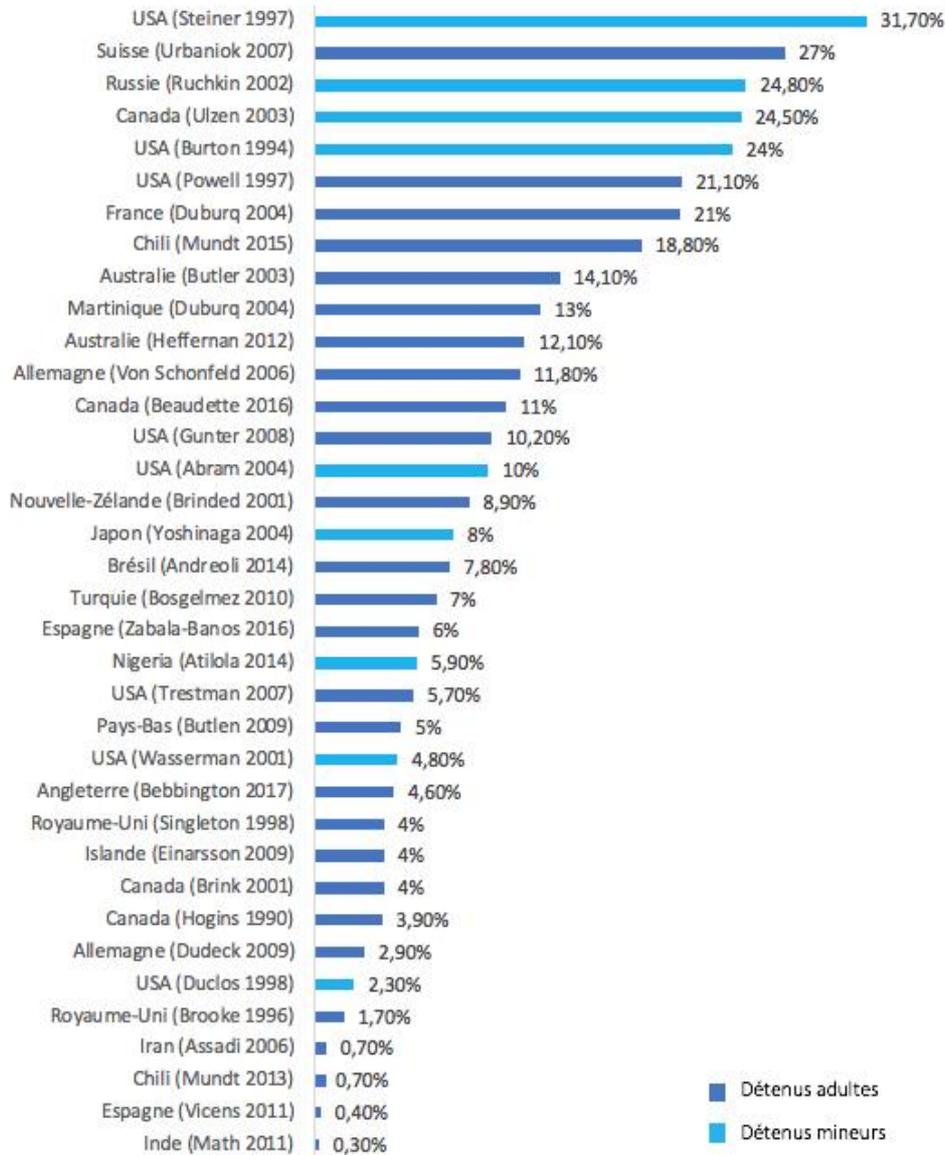


Figure 3. Taux de prévalence du TSPT en milieu carcéral, selon les pays, pour les détenus hommes adultes et mineurs (de la prévalence la plus élevée à la prévalence la plus faible).

Prévalence du TSPT par pays (Détenues femmes)

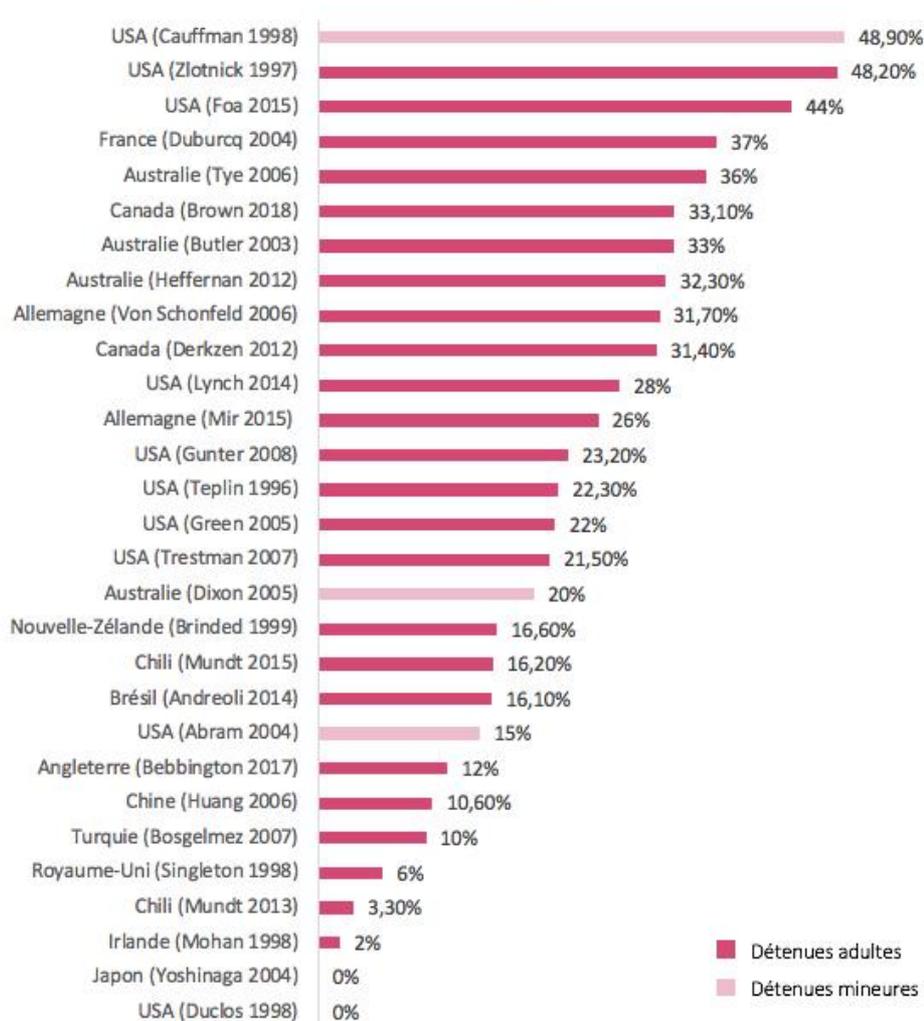


Figure 4. Taux de prévalence du TSPT en milieu carcéral, selon les pays, pour les détenues femmes adultes et mineures (de la prévalence la plus élevée à la prévalence la plus faible).

Les taux de prévalence identifiés dans les études américaines sont les plus élevés pour les détenus hommes et femmes mineurs, ainsi que pour les détenues femmes adultes, et sont en deuxième place pour les détenus hommes adultes. Il est toutefois important de noter qu'il s'agit également du pays dans lequel on retrouve les

écarts les plus conséquents entre les différents résultats. Malgré ces disparités, on constate que certains résultats sont communs à plusieurs études, en particulier en ce qui concerne les différents groupes ethniques présents aux États-Unis. Les articles de Teplin et al. (1996) (17), de Steiner et al. (1997) (19), Abram et al. (2004) (32) et Trestman et al. (2007) (42), analysent les prévalences du TSPT en fonction de l'origine ethnique des personnes incarcérées : afro-américains, caucasiens non hispaniques, hispaniques, amérindiens, autres. Aucun de ces articles ne trouve de différence de prévalence significative entre les différents groupes. L'étude de Duclos et al. (1998) (25), réalisée avec un échantillon composé exclusivement de détenus mineurs amérindiens, vient cependant questionner ces résultats puisque les taux de prévalence sont très inférieurs à ceux des autres études américaines, en particulier pour les femmes, où la prévalence du TSPT est de 0%.

Les taux de prévalence du TSPT en milieu carcéral peuvent également être mis en lien avec le niveau socio-économique des pays étudiés. Si, encore une fois, l'hétérogénéité des résultats ne permet d'établir aucun classement absolu, on remarque cependant que les pays à revenu intermédiaire supérieur et intermédiaire inférieur ont des prévalences moins élevées que les pays à revenu élevé. À l'exception de la Russie, où les taux de prévalence identifiés chez les mineurs hommes incarcérés sont parmi les plus élevés des articles sélectionnés, aucun pays à revenu intermédiaire supérieur et intermédiaire inférieur n'est représenté dans la première moitié des classements présentés en **Figure 3 et 4**, que ce soit chez les hommes ou chez les femmes détenues.

La tendance est moins nette entre les pays à revenu élevé (Etats-Unis exclus). En effet, même si les taux de prévalence semblent plus importants en Amérique du Nord et en Océanie qu'en Europe, certains états européens retrouvent des taux de prévalence égaux voire supérieurs, à l'image de la Suisse ou de la France.

V. Prévalence du TSPT en fonction du statut judiciaire des détenus

26 des articles sélectionnés disposent d'échantillon comprenant à la fois des personnes en détention provisoire (non encore jugés) et condamnés. Sur ces 26 articles, 7 établissent une comparaison des taux de prévalence du TSPT en fonction du statut judiciaire. La **Figure 5** détaille ces résultats.

Prévalence du TSPT par statut judiciaire

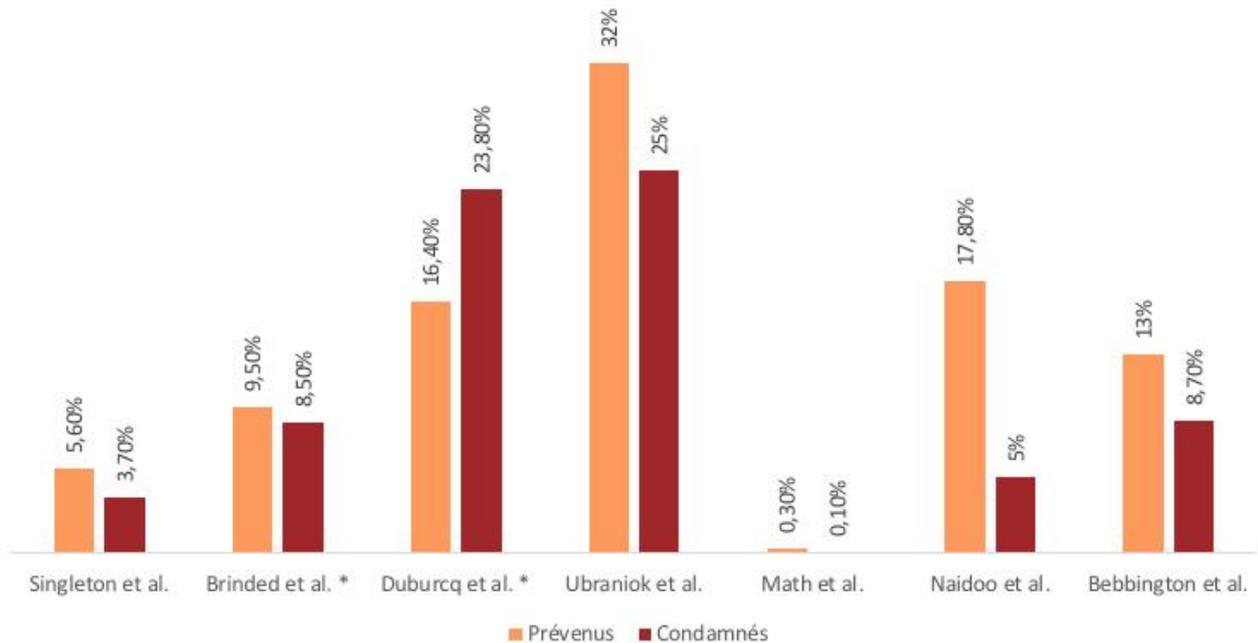


Figure 5. Taux de prévalence du TSPT en milieu carcéral en fonction du statut judiciaire des détenus (prévenus ou condamnés).

* Les résultats en fonction du statut judiciaire sont seulement détaillés pour les détenus hommes et hommes hors DOM pour les études de Brinded et al., et Duburcq et al.

Sur les 7 études réalisant une comparaison de la prévalence du TSPT en fonction du statut judiciaire des détenus, 6 retrouvent des taux de prévalence supérieures chez les prévenus par rapport aux condamnés, avec des écarts cependant non significatifs, à l'exception de l'étude de Naidoo et al. (2012) (50), qui conclut à une différence significative entre les deux groupes. Seul l'article de Duburcq et al. (2004) (34), retrouve une prévalence plus forte du TSPT chez les détenus hommes condamnés. Dans cette étude, il s'agit du seul trouble psychiatrique à être significativement plus important chez les condamnés que chez les prévenus, avec les psychoses de type non spécifié.

Le statut judiciaire ne semble donc pas être un facteur prédictif fiable de la prévalence du TSPT en milieu carcéral.

VI. Comorbidités du TSPT en milieu carcéral

Les comorbidités psychiatriques, non psychiatriques et addictologiques du TSPT en milieu carcéral sont étudiées dans un certain nombre d'articles sélectionnés.

Ces articles décrivent une association fréquente entre le TSPT et les autres troubles psychiatriques, en particulier les troubles dépressifs et les troubles anxieux. L'étude de Ruchkin et al. (2002) (29), retrouve en moyenne trois diagnostics psychiatriques concomitants à celui de TSPT. Dans celle de Dixon et al. (2005) (35), 92% des détenus ayant un TSPT ont au moins 4 troubles associés. Le risque suicidaire apparaît également plus important chez les sujets souffrant de TSPT que chez les sujets indemnes.

Les résultats détaillés concernant ces comorbidités sont présentés dans le **Tableau 6.**

	Episode dépressif caractérisé	Troubles anxieux	Tentatives de suicide	Autres troubles psychiatriques
Steiner et al. (19)	Association significative dans le groupe TSPT +	Association significative dans le groupe TSPT +	-	-
Zlotnick et al. (21)	Risque significativement plus élevé chez les patients TSPT + (EDM passé ou actuel)	-	-	Risque significativement plus élevé d'avoir un trouble de la personnalité de type état-limite chez les patients TSPT +
Ruchkin et al. (29)	Prévalence significativement plus élevée dans le groupe TSPT +	Prévalence significativement plus élevée du TAG dans le groupe TSPT +	-	Prévalence significativement plus élevée de TDAH dans le groupe TSPT +
Ulzen et al. (31)	Association significative dans le groupe TSPT + (EDM passé ou actuel)	Association significative dans le groupe TSPT +	-	Association significative avec tous les troubles thymiques dans le groupe TSPT +
Dixon et al. (35)	Groupe TSPT + significativement plus à risque de rapporter un EDM	Groupe TSPT + significativement plus à risque de rapporter un trouble anxieux	Groupe TSPT + significativement plus à risque d'avoir réalisé au moins une tentative de suicide	Groupe TSPT + significativement plus à risque de rapporter un trouble psychotique ou un TCA
Trestman et al. (42)	Comorbidité TSPT et EDM présente chez 10,3% des sujets	-	-	-
Bosgelmez et al. (47)	Présence d'un EDM chez 7% des sujets femmes TSPT + et 3% des sujets hommes TSPT +	-	-	-
Naidoo et al. (50)	-	-	-	Présence d'un trouble de la personnalité de type antisocial chez 47,3% des sujets TSPT +
Lynch et al. (54)	-	-	-	Association entre TSPT et trouble psychiatrique sévère chez 29% des sujets (vie entière)
Foa et al. (57)	Prévalence significativement plus élevée dans le groupe TSPT +	Prévalence significativement plus élevée dans le groupe TSPT +	Nombre significativement plus élevé de tentatives de suicide dans le groupe TSPT +	Prévalence significativement plus élevée de troubles de la personnalité de type état-limite et de TCA dans le groupe TSPT +
Arnal et al. (60)	Prévalence significativement plus élevée dans le groupe TSPT +	Prévalence significativement plus élevée du TAG, du trouble panique et des TOC dans le groupe TSPT +	Risque suicidaire significativement plus élevé dans le groupe TSPT +	Prévalence significativement plus élevée pour tous les troubles thymiques dans le groupe TSPT +

Tableau 6. Comorbidités psychiatriques du TSPT en milieu carcéral.

EDC : Episode Dépressif Caractérisé. TAG : Trouble Anxieux Généralisé. TOC : Trouble Obsessionnel Compulsif. TDAH : Trouble Déficitaire de l'Attention avec Hyperactivité. TCA : Trouble du Comportement Alimentaire.

Les comorbidités addictologiques sont également fréquentes. Les études de Zlotnick et al. (1997) (21), Ruchkin et al. (2002) (29), Ulzen et al. (2003) (31) et Dixon et al. (2005) (35), rapportent un risque significativement plus élevé de présenter un trouble de l'usage de substances chez les patients avec un TSPT. L'étude de Butler et al. (2003) (30), analyse les comorbidités psychiatriques chez les usagers de drogues. Parmi les sujets consommant des substances psychoactives, 26,4% des hommes et 49,2% des femmes ont un TSPT associé. Cette association est évaluée à 28% chez les femmes incarcérées, dans l'étude de Mir et al. (2015) (58) (avec des résultats à 31% pour l'alcool et à 30% pour les stupéfiants). Dans l'étude de Naidoo et al. (2012) (50), 63,1% des détenus avec un TSPT ont une comorbidité addictive, quand celle de Lynch et al. (2014) (54), estime à 46% l'association « vie entière » entre TSPT et trouble de l'usage de substances, et à 18% celle à « 12 mois ».

L'étude de Foa et al. (2015) (57), est la seule à rechercher les comorbidités non psychiatriques associées au TSPT. Elle met en avant une incidence significativement plus importante des maladies inflammatoires pelviennes, des douleurs thoraciques, des palpitations, des douleurs musculaires et articulaires, des problèmes intestinaux, des céphalées, des pertes de mémoire et des troubles du sommeil, chez les femmes incarcérées ayant un TSPT, dans l'année précédente.

Le TSPT en milieu carcéral est donc associé de manière significative avec plusieurs troubles psychiatriques, en particuliers les troubles dépressifs et anxieux, ainsi que les troubles de l'usage de substance. Il est également identifié par plusieurs articles comme un facteur augmentant le risque suicidaire.

Discussion

I. TSPT en milieu carcéral et en population générale : similitudes et différences

L'objectif principal de notre revue de la littérature était d'estimer la prévalence du TSPT en milieu carcéral, pour les hommes détenus, les femmes détenues, et les détenus mineurs. Si la prévalence de ce trouble s'avère plus élevée en population carcérale qu'en population générale, certaines caractéristiques épidémiologiques se retrouvent cependant dans les deux groupes.

A. Un trouble surreprésenté en détention

La revue de la littérature que nous avons réalisée met en évidence une surreprésentation du TSPT en population carcérale, par rapport à la population générale, que ce soit pour les détenus hommes, femmes ou mineurs. Les taux de prévalence décrits dans les articles inclus s'étendent de 0% à 48,9% pour les prévalences « *actuelle* » et de 1% à 65,3% pour celles « *vie entière* », avec d'importantes variations en fonction des populations et des pays étudiés.

Le **Tableau 4**, présenté plus haut, établit une comparaison de ces taux pays par pays, et montre des écarts de prévalence allant de 1,5 à 50 entre les détenus et la communauté. Les données actuelles de la littérature permettent également une comparaison des prévalences globales du TSPT, entre la population générale et la population carcérale.

En population générale, une étude de Koenen et al. (2017) (5), évaluant le TSPT dans 24 pays, avec 71 083 participants de plus de 18 ans, retrouvait une prévalence à « 12 mois » à 2,8%, et une prévalence « *vie entière* » à 3,9%. En population carcérale adulte, une méta-analyse réalisée par Baranyi et al. (2018) (13) incluant 36 études, issues de 20 pays, avec 21 099 participants, calculait pour sa part une prévalence à « 12 mois » à 9,9% chez les détenus hommes et à 26,1% chez les détenus femmes, ainsi qu'une prévalence « *vie entière* » à 17,8% et 40,4%, respectivement chez les détenus hommes et femmes, confirmant ainsi les résultats mis en avant par notre travail, et la plus forte représentation du TSPT en milieu carcéral.

Ces différences de prévalence entre la détention et la communauté sont particulièrement marquées chez les détenus mineurs. Les articles portant sur le TSPT dans cette population identifient – malgré une variabilité importante des résultats – une prévalence du TSPT notablement élevée dans ce groupe, les taux s'élevant jusqu'à 31,7% chez les hommes, et 48% chez les femmes. Les prévalences retrouvées dans la population carcérale sont supérieures à celle de la population générale du même âge. La *National Comorbidity Survey-Adolescent Supplement* (66), estimait le taux de prévalence du TSPT « *vie entière* » chez les adolescents américains à 2,3% pour les garçons, et 7,3%% pour les filles, alors que les taux retrouvés chez les mineurs américains incarcérés sont au minimum de 4,8% pour les hommes et 15% pour les femmes (à l'exception de l'étude de Duclos et al. (1998) (25), pour laquelle ces taux sont respectivement de 2,30% et 0%, mais dont l'échantillon est constitué exclusivement d'adolescents amérindiens, rendant peu pertinente la comparaison avec la population générale).

Ces prévalences sont également élevées en comparaison de celles de la population générale adulte, dont les chiffres ont été cités plus haut, mais aussi de celles de la population carcérale adulte. On remarque en effet que le taux de prévalence « à 1 mois » le plus élevé des articles sélectionnés dans cette revue, est celui estimé pour une population de détenus mineurs, pour les hommes comme pour les femmes (voir **Tableau 3**).

Les prévalences du TSPT en milieu carcéral sont donc supérieures à celles retrouvées en population générale, quel que soit le genre ou l'âge étudié. Les femmes et les mineurs incarcérés en particulier, présentent des taux de prévalence importants.

B. Similarités épidémiologiques entre communauté et détention

Si le TSPT est surreprésenté en prison, certaines tendances décrites en milieu carcéral sont cependant comparables aux données épidémiologiques mis en avant en population générale.

a. Disparités de genres : une prédominance féminine du TSPT

Les résultats de notre revue mettent en avant une prévalence systématiquement plus importante du TSPT chez les femmes détenues que chez les hommes détenus, les études incluses retrouvant des taux de prévalence « *actuelle* » et « *vie entière* » respectivement mesurés entre 2% et 48,2% et entre 15,90% et 53%, soit 1,5 à 3,7 fois plus élevés que chez les prisonniers masculins. Cette prédominance féminine est également décrite chez les détenus mineurs.

Ces écarts font écho à ceux retrouvés dans la communauté. En effet, l'étude réalisée en 1995 par Kessler et al. (4), évaluant la prévalence du TSPT dans la population générale américaine, mettait en évidence un risque 2 fois plus important pour les femmes de développer ce trouble. Cette différence était expliquée par l'exposition plus fréquente des femmes aux évènements traumatiques interpersonnels, pour lesquels la probabilité d'évolution vers un TSPT est plus élevée, comme le rapporte le **Tableau 7**. Ces conclusions semblent également s'appliquer à la population carcérale féminine, pour laquelle les articles sélectionnés dans notre revue identifient un taux d'exposition particulièrement élevé pour les viols, les agressions sexuelles, les abus physiques par des proches et les abus sexuels ou physiques dans l'enfance.

Evènement traumatique	Prévalence du TSPT "vie entière"	
	Hommes (%)	Femmes (%)
Viol	65	45,9
Agression sexuelle	12,2	26,5
Agression physique	1,8	21,3
Combat	38,8	-
Etat de choc	4,4	10,4
Menace avec arme	1,9	32,6
Accident	6,3	8,8
Catastrophe naturelle avec incendie	3,7	5,4
Témoin d'une agression	6,4	7,5
Négligence dans l'enfance	23,9	19,7
Abus physique dans l'enfance	22,3	48,5
Autres	12,7	33,4

Tableau 7. Probabilités conditionnelles de développer un TSPT, par évènement traumatique, en fonction du genre.

Source : Adapté de Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB (4).

Toutefois, les données épidémiologiques suggèrent que l'exposition plus importante aux événements traumatiques interpersonnels n'explique pas à elle seule l'écart de prévalence observé entre hommes et femmes. Plusieurs hypothèses ont été proposées pour expliquer ce phénomène. Face à un événement traumatique, les femmes auraient une perception subjective négative majorée par rapport aux hommes (perception d'un niveau de menace plus élevé, détresse ressentie plus forte au moment de l'évènement, sentiment de perte de contrôle plus marqué) ; la dissociation péri-traumatique, fortement prédictrice du risque de TSPT, serait plus fréquemment présente ; les stratégies d'adaptation post-traumatiques seraient marquées par davantage de stratégies d'évitement et de dissociation avec consommation augmentée d'alcool ; enfin, la place culturelle des femmes et leur rôle dans la société participerait également à leur plus grande susceptibilité au TSPT (67).

Des études plus récentes postulent que ces différences pourraient également trouver une cause neurobiologique (68). Si les structures cérébrales impliquées dans la réponse au stress sont les mêmes chez les hommes et les femmes, les mécanismes spécifiques impliqués dans cette réponse ne semblent pas totalement identiques. Par exemple, une étude menée chez le rat, a mis en évidence, après exposition à des événements stressants, des différences dans les taux plasmatiques d'hormones glucocorticoïdes, dans l'activité du cortex préfrontal médial et de l'amygdale basolatérale droite, ainsi que dans l'expression des récepteurs au glucocorticoïdes dans la région hippocampique CA1/2, chez les rats mâles et femelles (69).

Ainsi, bien que les causes n'en soient pas encore totalement élucidées, la prévalence du TSPT est plus élevée chez les femmes que chez les hommes, en

population générale comme en population carcérale. Même si les femmes sont largement minoritaires en prison, leur nombre a doublé depuis les années 1980, et la forte prévalence des troubles psychiatriques dans ce groupe et leurs spécificités nécessitent un intérêt particulier.

b. Disparités géographiques : un clivage socio-économique

Certaines tendances peuvent être identifiées par l'étude du TSPT en milieu carcéral, en fonction des pays étudiés. Nos résultats mettent en avant des prévalences hétérogènes, plus élevées dans les pays à revenu élevé, par rapport aux pays à revenu intermédiaire supérieur et intermédiaire inférieur. Ces tendances sont également retrouvées en population générale, au sein de laquelle la prévalence « *vie entière* » du TSPT est estimée à 5% dans les pays à revenu élevé, contre 2,3% et 2,1% dans les pays à revenu intermédiaire supérieur et inférieur. Les mêmes différences sont présentes pour les prévalences à « *12 mois* » et à « *1 mois* ». Une grande variabilité des taux de TSPT après exposition à un événement traumatique est également constatée, avec des taux plus importants dans les pays à revenu élevé (5). L'exposition à des événements traumatiques n'explique donc pas à elle seule les écarts de prévalence entre les différents pays, et les futures études sur le sujet devront identifier les causes de ce phénomène. Il convient toutefois de noter que, si un grand nombre d'études de prévalence ont été réalisées dans les pays à revenu élevé, il n'en est pas de même pour les pays à revenu intermédiaire supérieur et intermédiaire inférieur. Ces résultats sont donc à nuancer.

La place des Etats-Unis dans notre revue reste source d'interrogations. Les taux de prévalence (« *vie entière* » et « *actuelle* ») en population carcérale sont particulièrement élevés dans les études réalisées aux Etats-Unis, en comparaison aux autres pays. Cette différence ne se retrouve pas complètement dans la population générale, où malgré un taux de prévalence du TSPT élevé, l'écart avec les autres pays à revenu élevé n'est pas aussi marqué qu'en population carcérale (5). Bien qu'ils n'aient jamais été étudiés, plusieurs motifs expliquant la surreprésentation de ce trouble dans les prisons américaines pourraient être proposés : influence d'un taux d'incarcération élevé (les Etats-Unis ayant le taux d'incarcération le plus élevé de la planète), durée moyenne d'incarcération plus longue que dans les autres pays à revenu élevé, taux élevé de réincarcération, et accès aux soins limité pour les populations les plus défavorisées.

c. Des comorbidités identiques en population générale et en population carcérale

Les comorbidités du TSPT en milieu carcéral, identifiées par notre travail sont fréquentes et nombreuses. Là encore, elles sont similaires à celles retrouvées dans la communauté.

- *TSPT et comorbidités psychiatriques*

L'ensemble des troubles de l'humeur semblent avoir une comorbidité plus élevée chez les patients avec un TSPT, que ce soit dans la population générale, ou dans la population carcérale (70).

Le TSPT est rarement isolé chez les détenus, et est très fréquemment associé à plusieurs autres troubles psychiatriques. L'épisode dépressif caractérisé, en particulier, est, en prison, associé de manière significative au TSPT. Ces résultats concordent avec ce qui a déjà été mis en avant dans la population générale. Kessler et al. (1995) (4) estimait qu'une comorbidité psychiatrique était retrouvée chez 88,3% des hommes et 79% des femmes ayant un TSPT « *vie entière* ». Le trouble dépressif était le trouble comorbide le plus fréquent, et les analyses démontraient que son apparition était le plus souvent secondaire au TSPT. L'étude *Santé Mentale en Population Générale* (SMPG) réalisée en France entre 1999 et 2003 (70) confirmait cette association, avec 33% de comorbidité dépressive, et calculait un risque trois fois plus important de souffrir d'un EDM chez les patients atteints de TSPT. L'association de ces deux troubles majore la sévérité de la symptomatologie traumatique et dépressive, et aggrave le pronostic (71). Les deux pathologies présentent des caractéristiques communes en termes de facteurs prédisposants (les antécédents traumatiques, le sexe féminin et les antécédents dépressifs personnels et familiaux constituant des facteurs de risque de survenue d'un trouble dépressif) (72) ; mais aussi en termes d'expression sémiologique, avec un recouvrement symptomatique entre l'épisode dépressif caractérisé et le critère D du TSPT (altération des cognitions et de l'humeur). Des influences génétiques communes sont de plus identifiées, et pourraient participer à cette association (73). Le trouble dépressif est, tout comme le TSPT, largement surreprésentée en prison, par rapport à la communauté (74).

Les troubles anxieux sont également fortement associés au TSPT chez les personnes incarcérées. De la même manière que pour les troubles dépressifs, cette comorbidité est aussi retrouvée en population générale. L'enquête SMPG (70) décrit,

chez les personnes souffrant d'un TSPT, un risque multiplié par 2, 4 et 5 de développer respectivement un trouble anxieux généralisé, une phobie sociale, et une agoraphobie. Là encore, les similitudes entre les facteurs de vulnérabilité environnementaux et génétiques et la symptomatologie du TSPT (classifié dans les troubles anxieux avant le DSM-5) permettent de comprendre l'association de ces maladies.

Parmi les autres troubles psychiatriques décrits comme fréquemment comorbides au TSPT, on retrouve aussi, comme en population générale (75), les troubles de la personnalité, en particulier le trouble de la personnalité de type état-limite.

- *TSPT en milieu carcéral et suicide*

Le risque suicidaire et le nombre de tentatives de suicides réalisées chez les personnes incarcérées souffrant de TSPT sont peu évalués. Deux études rapportent cependant un nombre plus élevé de tentatives de suicide, et une étude constate un risque suicidaire accru chez ces détenus (35,57,60).

Dans la population générale, le lien entre TSPT et suicide est clairement établi. L'enquête SMPG calcule en effet un risque suicidaire 3,5 fois plus important chez les sujets souffrant de TSPT, avec 15 fois plus de tentatives d'autolyse dans le mois précédent (70). Ce risque suicidaire est encore majoré lorsque le TSPT est associé à un épisode dépressif caractérisé (76).

Les conséquences de ce lien entre TSPT et suicide sont d'autant plus importantes en détention, où le taux de suicide, bien que très variable selon les pays, est en moyenne 3 fois plus élevé chez les hommes et 9 fois plus élevé chez les femmes, par rapport à la population générale. Le suicide constitue par ailleurs la première cause de mortalité pour les personnes incarcérées (10). La surreprésentation du TSPT constitue donc un facteur de risque suicidaire supplémentaire et non négligeable en population carcérale.

- *TSPT en milieu carcéral et comorbidités addictologiques*

La comorbidité la plus fortement associée au TSPT dans la population carcérale est le trouble de l'usage de substances, qu'il s'agisse de l'alcool ou des autres substances psychoactives. Les taux de prévalence retrouvés dans notre travail sont comparables à ceux retrouvés en population générale : on considère que le risque de présenter un trouble de l'usage de substance est 2 à 4 fois plus élevé chez les patients souffrant de TSPT (4). Les recherches sur ce sujet démontrent également que les patients ayant à la fois un TSPT et un trouble de l'usage de substance présentent des symptômes plus sévères de TSPT, et sont à risque d'une exacerbation des symptômes en cas de sevrage en substances (77). La relation entre les deux troubles n'est pas unilatérale. Si l'alcool et les substances psychoactives sont souvent utilisés pour réduire les symptômes du TSPT, il semble également que la consommation d'alcool et de produits illicites favorise l'exposition aux événements traumatiques, et augmente la vulnérabilité physiologique et psychologique au développement d'un TSPT (77).

Dans la population carcérale, la dépendance à l'alcool et aux autres substances est respectivement de 1 à 4 fois plus et de 2 à 13 fois plus élevée que dans la communauté (9). L'association avec un TSPT est donc particulièrement à rechercher, le traitement d'un trouble pouvant avoir un impact important sur le pronostic du second. Ces éléments sont de plus largement en faveur de l'instauration systématique d'une prise en charge spécifique pour tous les usagers de produits stupéfiants et d'alcool entrant en incarcération.

- *TSPT en milieu carcéral et comorbidités non psychiatriques*

Une seule étude de notre revue évaluait les troubles non psychiatriques associés au TSPT en prison, et retrouvait une incidence significativement plus importante des maladies inflammatoires pelviennes, des douleurs thoraciques, des palpitations, des douleurs musculaires et articulaires, des problèmes intestinaux, des céphalées, des pertes de mémoire et des troubles du sommeil.

Si ces troubles peu spécifiques peuvent s'apparenter à des troubles de symptômes somatiques, des études ont démontré la prévalence plus marquée de certaines pathologies avec le TSPT. Dans un article comparant un groupe de 501 hommes vétérans atteints d'un TSPT à un groupe de 825 hommes sans expérience de combat (78), il a été mis en évidence chez les sujets avec un TSPT, un risque significativement plus élevé de comorbidités cardiovasculaires, dermatologiques, musculo-squelettiques, pulmonaires et métaboliques.

Le TSPT s'associe donc à des comorbidités psychiatriques, addictologiques, mais également non psychiatriques. La présence d'un TSPT chez les personnes incarcérées constitue donc un facteur aggravant à la fois la santé mentale et physique, dans une population où ces troubles sont déjà surreprésentés par rapport à la communauté.

II. TSPT en milieu carcéral : motifs d'une surreprésentation

A. Prévalence des troubles psychiatriques en détention

Le TSPT n'est pas le seul trouble psychiatrique à être surreprésenté en prison. En effet, la littérature actuelle souligne une prévalence plus importante de tous les troubles psychiatriques en détention. En 2002, la revue de la littérature publiée par Seena Fazel (8) rapportait qu'un détenu sur sept souffrait d'un épisode dépressif caractérisé, d'un trouble psychotique ou d'un trouble de la personnalité. Les études réalisées par la suite n'ont fait que confirmer ces chiffres.

Nos résultats permettent d'insister sur la place du TSPT en milieu carcéral. Une méta-analyse de Fazel et al. (2011) (11), dont est issu le **Tableau 8**, permet également de mettre en perspective cette surreprésentation par rapport aux autres troubles psychiatriques. Les prévalences du TSPT apparaissent supérieures à celle des troubles psychotiques, et rejoignent voire dépassent celles de l'épisode dépressif caractérisé. Elles restent cependant bien plus faibles que celles des troubles liés à l'usage de substance et des troubles de la personnalité.

	Détenus Hommes (%)	Population générale Hommes (%)	Détenues Femmes (%)	Population générale Femmes (%)
Trouble psychotique	4%	1%	4%	1%
Episode dépressif caractérisé	10%	2-4%	12%	5-7%
Troubles de la personnalité	65%	5-10%	42%	5-10%
Personnalité antisociale	47%	5-7%	21%	0,5-1%
Mésusage alcool/Dépendance	18-30%	14-16%	10-24%	4-5%
Mésusage autres substances/Dépendance	10-48%	4-6%	30-60%	2-3%
Déficience intellectuelle	0,5-1,5%	1%	0,5-1,5%	1%
TSPT	4-21%	2%	10-21%	3%

Tableau 8. Prévalences des troubles psychiatriques parmi les détenus des pays occidentaux, en comparaison à celles de la population générale.

Source: Fazel S, Baillargeon J (11)

La surreprésentation du TSPT chez les détenus ne s'explique donc pas simplement par la forte prévalence des troubles psychiatriques en détention. Il s'avère dans ce contexte, particulièrement intéressant de s'intéresser aux facteurs de risques spécifiques retrouvés au sein de cette population, ainsi qu'à la fréquence des évènements traumatiques en détention.

B. Facteurs de risque du TSPT

Si les différences de prévalence du TSPT entre population carcérale et population générale sont documentées, les causes les expliquant sont peu explorées et seraient plutôt à rechercher dans les facteurs de risque connus du TSPT. Deux méta-analyses font référence dans ce domaine.

L'étude de Brewin et al. (2000) (79), identifie les variables sociodémographiques et psychologiques constituant un des facteurs de risque de

développement d'un TSPT. Elle met en avant à la fois des facteurs de risques pré-traumatiques : un genre féminin, un faible niveau socio-économique, un faible niveau d'éducation, des antécédents psychiatriques personnels et familiaux, des antécédents de maltraitance dans l'enfance, des antécédents traumatiques divers ; mais également des facteurs de risques péri-traumatiques et post-traumatiques, dont l'effet sur l'évolution vers un TSPT est particulièrement important : la sévérité de l'évènement traumatique, l'absence de soutien social et la présence d'évènements de vie stressants.

L'article d'Ozer et al. (2003) (80), vient confirmer les résultats précédents, validant l'hypothèse que pour une exposition à un événement traumatique similaire, le développement d'un TSPT dépendra des facteurs de vulnérabilité individuels.

Ces facteurs de risque permettent d'expliquer en partie la prévalence élevée du TSPT dans la population carcérale adulte. Les caractéristiques sociodémographiques des prisonniers sont marquées par un faible niveau socio-économique, avec un niveau d'éducation inférieur à la population générale, et un isolement social important. Les articles sélectionnés dans notre revue retrouvent de plus une exposition à de multiples événements traumatiques, ainsi que des antécédents fréquents (de 28 à 62% selon les études) de maltraitance physique, psychologique ou sexuelle dans l'enfance. Enfin, la fréquence élevée des antécédents psychiatriques chez les détenus, évoquée au paragraphe précédent, n'est plus à démontrer.

Chez les adolescents, les facteurs de risques du TSPT sont proches de ceux des adultes, avec un risque augmenté de présenter ce trouble en cas de structure

familiale défaillante, de troubles du comportement antérieurs, et d'antécédents traumatiques multiples (66). Là encore ces facteurs de risque sont largement retrouvés chez les adolescents incarcérés.

Ainsi, de par leurs antécédents, leur niveau socio-éducatif, et leur absence de facteurs protecteurs post-traumatiques, les détenus constituent une population particulièrement à risque de développer un TSPT.

C. Évènements traumatiques et victimisation en détention

Nos résultats mettent en évidence un taux d'exposition important des personnes incarcérées aux évènements traumatiques, évalué selon les articles entre 70% et 98%. Si ces chiffres peuvent sembler élevés, ils ne sont pourtant pas si éloignés de ceux retrouvés en population générale, où le pourcentage d'exposition à un évènement traumatique est en moyenne de 70% (6), et ne peuvent donc pas expliquer à eux seuls les différences de prévalences du TSPT retrouvées entre les deux populations.

Par ailleurs, seuls les évènements traumatiques antérieurs à la détention sont évalués dans les articles de notre revue. Une seule étude incluait dans son questionnaire « l'emprisonnement » comme un évènement potentiellement traumatique. Lorsqu'il était considéré comme tel, on retrouvait une prévalence du TSPT chez 34% des sujets interrogés, contre 27% s'il était retiré de la liste des évènements traumatiques de cet échantillon (41). Ces chiffres mettent en évidence le

vécu traumatique de l'incarcération par certains détenus, et interpellent sur le développement d'un TSPT secondairement à des évènements survenus en prison.

La prison est reconnue pour être un environnement violent, où les agressions - entre les détenus, mais également entre le personnel carcéral et les détenus - sont nombreuses, qu'elles soient physiques, psychologiques ou sexuelles. La littérature scientifique estime que sur une période de 6 mois, 21% des personnes incarcérées seraient victimes d'une agression physique par un autre prisonnier. Les actes violents perpétrés par les surveillants pénitentiaires concerneraient 24% des détenus hommes et 8% des détenues femmes. Ces taux d'agression sont 18 fois plus élevés pour les hommes et 27 fois plus élevés pour les femmes, que ceux retrouvés en population générale (81). Les violences sexuelles sont également surreprésentées au cours de la détention. Parmi les femmes incarcérées, 21% d'entre elles auraient été victimes d'abus sexuels (contact sexuel non consenti, agression sexuelle, viol) par des détenues, sur une période de 6 mois, et 7% par des membres de l'administration pénitentiaire. Ces chiffres s'élèveraient respectivement à 4% et 7% pour les hommes incarcérés (82).

Plus encore, les personnes incarcérées souffrant de troubles psychiatriques sévères sont plus à risque que les autres détenus d'être victimisées en prison. Les taux d'agressions physiques et de violences sexuelles sont en effet significativement plus élevées chez ces prisonniers, indépendamment de leur genre (83,84).

Ainsi, l'exposition – en tant que victime, et en tant que témoin – à des évènements potentiellement traumatiques est fréquente en prison. On peut faire

l'hypothèse que ces évènements intra-carcéraux aggraveraient un TSPT antérieur, mais pourraient aussi engendrer le développement d'un TSPT *de novo*. La prévalence élevée des facteurs de risque de TSPT chez les personnes incarcérées, ainsi que l'absence de facteurs protecteurs (environnement de vie stressant, absence de soutien social) (79) en détention renforcent cette hypothèse.

Les conditions d'incarcération pourraient également être impliquées dans la survenue ou l'aggravation d'un TSPT. Une étude réalisée auprès d'anciens détenus a pu en effet montrer une corrélation significative entre les antécédents de placement en quartier disciplinaire, et l'apparition de symptômes de TSPT, suggérant l'impact des modalités de détention sur la santé mentale des prisonniers (85). Les conséquences psychiatriques de l'isolement, de la promiscuité, de la surpopulation carcérale, de la durée des peines, du nombre d'incarcérations, et des autres facteurs carcéraux, devront faire l'objet de futurs travaux.

Le lien entre les conditions d'incarcération et le développement ou l'aggravation de troubles psychiatriques reste une question importante dans le domaine de la psychiatrie en milieu carcéral. S'il est largement démontré que les troubles psychiatriques sont surreprésentés à l'entrée en prison, l'influence de la détention et des facteurs carcéraux demeure peu étudiée. L'évolution des troubles psychiatriques au cours de l'incarcération est aujourd'hui au cœur d'un débat, et les résultats sont contradictoires. Si certaines études montrent une diminution des symptômes psychiatriques au cours de la détention, (86,87), le manque de puissance de ces études, les caractéristiques des échantillons sélectionnés (peines longues, exclusion des détenus présentant des troubles psychiatriques sévères) et l'absence de prise en

compte de certains troubles, met en doute leur pertinence et leur application à l'ensemble de la population carcérale (88). L'environnement pénitentiaire semble particulièrement propice à la dégradation de la santé mentale des personnes incarcérées. La prévalence importante des troubles mentaux, et le taux de suicide bien plus élevé que dans la population générale, sont des indicateurs d'une grande vulnérabilité des détenus. L'effet de l'exposition à de multiples événements potentiellement traumatiques, au cours de l'incarcération reste indéterminé. L'évaluation de l'impact des conditions d'incarcération sur la santé mentale des personnes est donc indispensable, afin de déterminer la proportion de troubles se constituant au cours de l'incarcération, et de mettre en place, des stratégies de prévention adaptées.

D. TSPT secondaire à un crime violent

Un article de notre revue met en avant un élément important en population carcérale : le développement possible d'un TSPT secondairement à un crime violent commis, et non subi. Trois détenus de l'échantillon de Bosgelmez et al. (2010) (47) identifient en effet l'homicide dont ils sont l'auteur comme l'évènement responsable de leur symptomatologie post-traumatique.

Les premiers à décrire ce phénomène étaient Harry et Resnick, en 1986 (89). A travers une série de 3 cas, ils illustraient la constitution d'un TSPT consécutivement à un meurtre commis dans un état mental altéré. Malgré l'importance de cette description, et ses implications cliniques chez les auteurs de crime, très peu d'études

se sont intéressées spécifiquement à ce sujet. Les études que nous avons identifiées (90–93) sont résumées dans le **Tableau 9**.

	Population étudiée	Prévalence TSPT (%)
Pollock et al. (1999) (90)	80 participants hommes auteurs d'homicide	52%
Gray et al. (2003) (91)	37 participants hommes souffrant de troubles psychiatriques sévères ayant commis un crime grave	33%
Evans et al. (2007) (92)	105 détenus hommes ayant commis un crime grave	6%
Papanastassiou et al. (2014) (93)	19 participants hommes auteurs d'homicide souffrant de troubles psychiatriques sévères	26% de prévalence "actuelle" 58% de prévalence "vie entière"

Tableau 9. Études évaluant la prévalence du TSPT consécutivement à un crime commis.

Si les études portant sur le développement d'un TSPT secondairement à la réalisation d'un crime violent sont peu nombreuses et bénéficient d'échantillons restreints, elles permettent néanmoins plusieurs observations. D'une part, il ne s'agit pas d'un phénomène rare, et d'autre part, son apparition semble liée à l'état mental de l'individu auteur au moment du crime, ainsi qu'au degré de sévérité du crime commis. En effet, une étude réalisée auprès de détenus sans trouble psychiatrique sévère au moment des faits retrouvait une prévalence de 6%. Cette étude rapportait également une corrélation significative entre les antécédents psychiatriques, et la présence d'un TSPT dans l'échantillon interrogé (92).

Les résultats retrouvés par les trois autres études, dont les participants étaient tous atteints de troubles psychiatriques sévères au moment du crime, mettent en lumière des prévalences du TSPT largement supérieures à celles retrouvées en

population générale, mais également en population carcérale chez les non-auteurs de crimes violents (91). L'évolution vers un TSPT pourrait être liée à la pathologie présente au moment des faits, une étude retrouvant une prévalence plus élevée chez les participants ayant un trouble psychiatrique « affectif », en particulier un épisode dépressif sévère ou une mélancolie (91). La nature du crime commis participerait également au développement d'un TSPT. Les crimes violents et non sexuels, en particulier les homicides, seraient plus à risque que les crimes non homicides ou sexuels (91). Les symptômes semblent également évoluer pendant une durée supérieure à celle habituellement constatée dans les TSPT.

Les implications cliniques sont importantes pour l'exercice de la psychiatrie en milieu pénitentiaire auprès des personnes souffrant de troubles psychiatriques, et incarcérés suite à des crimes violents. Chez ces patients, le TSPT est peu recherché, du fait de la présence au premier plan d'une symptomatologie souvent bruyante du trouble psychiatrique associé. Pourtant, le diagnostic et la prise en charge du TSPT conditionnent le pronostic. La présence d'une comorbidité type TSPT est un facteur de risque d'aggravation des symptômes préexistants, et de l'apparition de nouvelles comorbidités (71). En pratique courante, le diagnostic de TSPT consécutif à la réalisation d'un crime violent est rarement fait en milieu carcéral pour plusieurs raisons : méconnaissance de cette entité, symptomatologie masquée par les autres troubles, et tabous liés à l'évocation des motifs d'incarcération.

E. TSPT et comportements violents

Plusieurs auteurs proposent de considérer la présence d'un TSPT comme un facteur de risque de comportements violents, ce qui permettrait d'expliquer sa prévalence élevée en incarcération. Steiner et al. (1997) (19) rapportent une augmentation de l'impulsivité et une diminution du contrôle de l'hétéro-agressivité chez les sujets souffrant d'un TSPT. Cauffman et al. (1998) (23) retrouvent également un défaut de la gestion de l'impulsivité, quand Huang et al. (2006) (37) mettent pour leur part en avant des niveaux de colère et d'hostilité plus importants chez ces prisonniers.

Depuis les années 1990, il est admis qu'un lien existe entre les traumatismes survenus dans l'enfance et le risque de délinquance. Une étude menée auprès de 908 sujets victimes d'abus (négligence, abus physique ou sexuel) comparés à un groupe contrôle (94), établissait un lien significatif entre ces abus et les conduites criminelles et violentes à l'âge adulte, sans toutefois préciser la présence ou l'absence d'un TSPT chez ces participants. Par ailleurs, plusieurs études menées chez les vétérans militaires retrouvent des liens entre TSPT et comportements violents (95,96).

Concernant la population carcérale, une étude publiée en 2013 se penchait pour sa part sur le risque de récidive criminelle chez les détenus, et confirmait le rôle du TSPT, avec une corrélation significative entre ce risque et le degré de sévérité du TSPT (97).

Les hypothèses neurobiologiques des comportements agressifs apparaissent compatibles avec ces résultats. L'hyperactivation du système limbique, en particulier

de l'amygdale, et la diminution des perturbations du rôle inhibiteur du cortex pré-frontal peuvent augmenter les réactions agressives, en réponse à un stimulus (98). Ces deux mécanismes ont été décrits dans le TSPT, confirmant le risque de réaction violente des patients atteints, après exposition à un « *trigger* » (élément gachette rappelant l'évènement traumatique) dans l'environnement.

Il existe donc des points communs entre la physiopathologie du TSPT et les mécanismes neurobiologiques impliqués dans les comportements agressifs. Si la présence d'un TSPT ne peut bien évidemment pas expliquer tous les actes criminels, ces similitudes pourraient tout de même constituer une hypothèse intéressante pour expliquer la surreprésentation de ce trouble chez les prisonniers. Plus encore, le TSPT pourrait conditionner le devenir des détenus après leur incarcération, en impactant leur risque de récidive criminelle, et donc de réincarcération. La prise en charge adaptée de ce trouble devient alors un enjeu médico-légal important.

III. Etat des lieux en France

A. Le TSPT en milieu carcéral, en France

Au 1^{er} janvier 2019, d'après les chiffres de l'administration pénitentiaire, 70 059 personnes étaient détenues en France, dont 67 525 hommes et 2 534 femmes, répartis dans 188 établissements pénitentiaires, sur l'ensemble du territoire français (Métropole et Outre-Mer). Parmi ces détenus, 769 sont mineurs, et sont incarcérés dans 6 établissements spécialisés.

Deux études de notre revue évaluaient la prévalence du TSPT en milieu carcéral en France. L'étude de Duburcq et al. (2004) (34), réalisée dans 22 prisons métropolitaines (maisons d'arrêt, centres de détention et maisons centrales), retrouvait un taux de prévalence entre 8,3% (estimation MINI), et 21% (estimation binôme d'enquêteurs) pour les hommes, et entre 13,1% et 37,4% pour les femmes. L'étude de Arnal et al. (2016) (60) identifiait pour sa part un TSPT chez 17% des détenus hommes du centre pénitentiaire de Rémire Montjoly, en Guyane française. Une troisième étude a été menée auprès de la population arrivante de 8 maisons d'arrêt du Nord et du Pas-de-Calais, en 2017. La prévalence du TSPT retrouvée était plus faible que dans les deux études de notre revue, et été estimée à 4,9%.

Si ces résultats sont extrapolés à la population carcérale actuelle, c'est entre 3 376 et 14 180 détenus hommes, et entre 331 et 948 détenues femmes, qui seraient atteints d'un TSPT. Ces chiffres sont particulièrement élevés, et placent la France à la troisième place des pays évalués par notre revue, pour les prisonniers adultes hommes, et à la deuxième place pour les femmes.

Malgré ces chiffres alarmants, aucune étude n'a, à notre connaissance, étudié l'impact de l'incarcération sur l'évolution ou la constitution d'un TSPT dans les prisons françaises. Pourtant, les conditions de détention dans notre pays ont été pointées du doigt à plusieurs reprises, par différentes instances, dont notamment le *Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté* (CGLPL) et l'*Observatoire International des Prisons* (OIP) (99,100).

B. Conditions de détention dans les prisons françaises

Dans son rapport d'activité de 2017, le *Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté* (CGLPL) dénonçait la surpopulation carcérale (99). La densité carcérale au 1^{er} janvier 2019 était de 116%. La situation était particulièrement inquiétante dans les maisons d'arrêt, où elle atteignait 140%. Le nombre de matelas au sol était estimé à 1 389, pour 60 151 places opérationnelles. Cette surpopulation constitue non seulement une atteinte aux droits fondamentaux et à la dignité des personnes incarcérées, mais elle favorise, de plus, les tensions, l'insécurité et les violences (entre détenus, ou entre détenus et surveillants). L'*Observatoire International des Prisons* (OIP) ne cesse d'alerter, pour sa part, sur l'insalubrité, la vétusté, l'absence d'intimité, les discriminations, les carences d'activité, retrouvées dans les prisons françaises (100). Rappelons également que 37 établissements pénitentiaires français ont été condamnés en 2018 par la *Cour Européenne des Droits de l'Homme* et/ou par la justice française, pour conditions indignes de détention, exposant les personnes détenues à des traitements inhumains ou dégradants.

Les violences, qu'elles soient physiques ou sexuelles, sont bien moins documentées que les conditions matérielles. Elles sont pourtant décrites comme courantes dans les témoignages d'anciens détenus, mais aussi par l'ensemble des intervenants du milieu carcéral. L'absence de données concernant ces violences relève de plusieurs facteurs : (i) le manque d'intérêt et la banalisation des agressions, d'une part, dans un environnement reconnu comme violent par l'opinion générale ; (ii) la négation de ces violences, d'autre part, par les détenus victimes, par crainte de représailles de leurs agresseurs, ou des autres détenus qui pourraient alors les

considérer comme des « *balances* » et les victimiser davantage ; (iii) le tabou, enfin, des violences sexuelles, dans un milieu encore profondément machiste et sexiste, où l'atteinte à l'intimité est un aveu de faiblesse et un facteur d'exclusion social.

Enfin, le peu de confiance des prisonniers dans le système pénitentiaire français ne les incite pas à évoquer les violences subies. Peu de solutions sont proposées aux détenus victimisés. Les lenteurs administratives empêchent les changements rapides de bâtiment ou d'établissement, les agresseurs et les victimes n'étant quasiment jamais séparés. Plus encore, les « *règlements de compte* » sont parfois tolérés, voire légitimés par les personnels de l'administration pénitentiaire, qui dans certains cas, peuvent eux-mêmes être auteurs de violences, et entraver la dénonciation des actes endurés. Plusieurs exemples ont été rapportés dans la Presse ces dernières années ou ces derniers mois. En janvier 2018 par exemple, l'*Ordre des médecins* rappelait l'obligation d'établir un certificat médical détaillé aux détenus victimes de violences, après la plainte d'un patient qui ne serait pas parvenu à obtenir ce certificat auprès de l'unité sanitaire de son établissement pénitentiaire (101).

La prison française constitue donc un milieu riche en facteurs de stress, exposant les personnes incarcérées à des expériences traumatisantes.

C. Soins psychiatriques en détention

Depuis la loi du 18 janvier 1994, l'organisation des soins en milieu pénitentiaire incombe au Ministère de la Santé et les personnes écrouées sont affiliées au régime général de la Sécurité Sociale. En psychiatrie, les soins se structurent sur trois

niveaux : les Dispositifs de Soins Psychiatriques (DSP), dispensant des soins ambulatoires (niveau 1), les Service Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR), avec une activité d'hôpital de jour (niveau 2), et depuis 2010, les Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA), créées pour les hospitalisations à temps complet (niveau 3). Cette organisation a pour objectif de proposer une offre de soins équivalente à celle disponible en milieu libre. Toutefois, l'accès aux soins reste problématique dans certains établissements. Un rapport d'*Human Rights Watch* publié en 2016 (102) dénonçait les difficultés d'accès aux soins, et l'inégalité de l'offre de soins dans les prisons françaises. Le terme de « *double peine* » était employé pour les détenus souffrant de troubles psychiatriques sévères.

La faible densité médicale, génère en effet souvent des délais de consultation et de prise en charge particulièrement longs (102). Les soins hospitaliers sont limités, avec seulement 9 UHSA pour l'ensemble des prisons de la Métropole, entraînant encore des hospitalisations en secteur général, où les conditions d'accueil et de prise en charge sont souvent difficiles. La structure interne de la prison limite également l'accès aux soins. Les convocations aux rendez-vous n'arrivent pas toujours jusqu'aux détenus, et les mouvements pénitentiaires déterminent souvent les horaires des consultations et le temps imparti pour chaque patient.

En ce qui concerne l'accès aux soins, la situation des femmes détenues interpelle également. Leur accès aux soins est conditionné par l'interdiction de tout contact avec les détenus hommes, limitant ainsi leurs déplacements, et réduisant leurs créneaux de consultations de manières drastiques (parfois une seule demi-journée par semaine), dans les établissements accueillant hommes et femmes. Les places

dédiées pour les femmes dans les UHSA sont également limitées, et leur accueil au sein des SMPR est tout simplement impossible du fait de la stricte séparation des genres (103).

Si l'on s'intéresse spécifiquement à la prise en charge du TSPT, une revue de la littérature recommandait en janvier 2019 l'utilisation, en première intention, des thérapies cognitivo-comportementales centrées sur le trauma (ou Thérapie des Processus Cognitif - TPC), dont le niveau de preuve était supérieur à celui des traitements antidépresseurs (sertraline, paroxétine, fluoxétine ou venlafaxine) et des autres psychothérapies, indiqués en deuxième intention (104). Le format actuel de la TPC comporte 12 séances de 60 à 90 min, hebdomadaires, ou bi-hebdomadaires, et ne peut être administrée que par des professionnels formés. Dans ces conditions, on identifie aisément les barrières présentes en milieu carcéral empêchant le bon déroulement de cette thérapie, et donc, la bonne prise en charge du TSPT.

IV. Limites

Ce travail de revue systématique a permis d'identifier un certain nombre de limites des études centrées sur l'évaluation du TSPT en détention.

A. Outils d'évaluation standardisée

L'intérêt des outils standardisés utilisés dans ces études (voir **Tableau 3**, colonne « *Outils de mesure* ») réside dans leur facilité d'administration et dans la

possibilité qu'ils soient administrés par des professionnels de santé non médecins (psychologues, infirmiers, etc.). Ceci permet donc une diffusion auprès d'un nombre de détenus important. L'utilisation d'un même test pour tout un échantillon permet également une plus grande fiabilité inter-évaluateur avec une plus grande cohérence des résultats finaux. De plus, les qualités psychométriques des différents instruments utilisés ici ont été largement démontrées dans la littérature (105–110).

Cependant, l'utilisation d'outils standardisés présente plusieurs limites. En effet, il s'agit avant tout d'instruments de dépistage qui ne peuvent remplacer un examen psychiatrique réalisé par un psychiatre. Les questionnaires utilisés sont donc à risque de sous-estimer ou de surestimer la prévalence du trouble recherché (les sensibilité et spécificité des tests n'étant jamais de 100%). L'étude de Durburcq et al. (2004) (34) illustre parfaitement cette limite : la prévalence du TSPT évaluée par le MINI chez les hommes détenus en France métropolitaine est de 8,3%, alors qu'elle s'élève à 23,8%, dans la même population, selon le consensus du binôme d'enquêteurs, démontrant un écart majeur entre les deux méthodes de mesure.

L'hétérogénéité des tests utilisés pose aussi la question de la comparabilité des résultats entre les différentes études, ainsi que celle des comparaisons possibles avec les prévalences retrouvées dans la population générale. Il est également à noter que plusieurs de ces questionnaires n'ont pas été testés spécifiquement en la population carcérale.

B. Critères d'inclusion et d'exclusion

Des biais de recrutement peuvent être mis en avant dans plusieurs études. Certaines études ont inclus les sujets nécessaires sur la base du volontariat, prenant ainsi le risque que les résultats ne soient pas représentatifs de l'ensemble de la population carcérale (p. ex. Trestman et al. (2007) (42)). L'utilisation d'une rémunération des sujets participants dans certaines études est également critiquable et questionne les motivations des détenus inclus et la fiabilité des réponses données aux examinateurs (p. ex. Lynch et al. (2014) (54)).

Ces biais de recrutement peuvent être liés aux difficultés générales de réalisation des études en milieu carcéral. L'accès aux personnes incarcérées, d'une part, n'est pas toujours simplifiée et les impératifs sécuritaires peuvent parfois entraver la bonne réalisation d'un protocole de recherche. Deux auteurs décrivent par exemple des événements carcéraux survenus avant ou pendant leur étude et ayant eu des répercussions négatives sur le nombre total de participants. Brinded et al. (2001) (26) rapportent qu'une politique de réduction de la consommation de drogue en prison a été lancée en même temps que leur étude, entraînant le refus de certains détenus, qui associaient les deux événements, de participer à l'étude. Andreoli et al. (2014) (56) décrivent pour leur part une perte d'une partie importante de l'échantillon initial du fait de difficultés d'accès aux prisonniers, en lien avec des conditions sécuritaires renforcées suite à une émeute survenue 5 mois avant l'étude. Les mouvements fréquents des détenus (changement de prison, de bâtiment, événements judiciaires, etc.) constituent également un frein à la constitution d'un échantillon représentatif.

D'autre part, si l'accès aux personnes incarcérées et les conditions d'entretien en milieu pénitentiaire peuvent nuire aux études, la représentation qu'ont les personnes détenues de la psychiatrie, constitue un biais supplémentaire. En effet, en milieu carcéral, les troubles psychiatriques sont largement stigmatisés et les détenus en souffrant sont exposés à plus de violences que le reste de la population carcérale. Dans ce contexte, il semble évident que certains prisonniers refusent d'être interrogés ou tentent de minimiser leurs troubles. A l'inverse, certains articles soulignent les bénéfices secondaires que certains participants pourraient avoir à exagérer ces troubles (bénéfices légaux, médicaux, régime carcéral adapté, etc.).

Enfin, la réalisation des études est parfois limitée par le manque de personnel médical et paramédical disponible.

Une des limites principales des études incluses est celle des sujets exclus par les auteurs. Tous les articles de notre revue ont systématiquement exclus de leur échantillon les détenus à risque hétéro-agressifs (pour des raisons évidentes de sécurité des enquêteurs), les détenus isolés ou en quartier disciplinaire, mais également les détenus décrits comme « trop perturbés », « trop instables » ou « trop mentalement atteints » au moment de l'étude, ainsi que les sujets hospitalisés en unités psychiatriques. Une évaluation de la prévalence du TSPT chez les prisonniers avec des conduites violentes, et surtout, chez les détenus avec des troubles mentaux sévères et hospitalisés, semble pourtant indispensable, au vu des comorbidités importantes de ce trouble, et de ses liens avec les comportements agressifs.

C. Evaluation et temporalité de l'incarcération

Une des particularités des études en milieu carcéral réside dans la possibilité de réaliser une évaluation psychiatrique à différents temps de l'incarcération, afin de déterminer l'impact de cette dernière sur l'évolution des troubles.

Plusieurs études de notre revue se concentrent sur les détenus arrivant en prison. Si elles permettent de dépeindre les troubles psychiatriques préexistants à l'incarcération, elles sont cependant à risque de surestimer certains troubles, du fait du stress et des difficultés d'adaptation engendrés par l'arrivée dans le système carcéral.

La comparaison faite par sept études de cette revue entre détenus prévenus et condamnés est une tentative pour différencier les troubles antérieurs à l'incarcération, et les troubles secondaires à celle-ci. Néanmoins, cette méthode se révèle peu fiable puisque certains détenus condamnés le sont à des peines parfois très courtes (de l'ordre de plusieurs mois), alors que les prévenus peuvent parfois être incarcérés plusieurs années avant d'être jugés. L'évaluation du TSPT - et des troubles psychiatriques en général - en fonction du statut judiciaire, a donc peu d'intérêt.

Aucune étude n'a à l'heure actuelle évalué l'évolution de la prévalence du TSPT à différents moments de la détention. De plus, les articles inclus ne tiennent pas compte du nombre d'incarcérations précédentes ni du nombre d'années passées en prison chez les sujets participants. Il serait pourtant intéressant d'estimer l'effet de ces deux facteurs sur la prévalence du TSPT en milieu carcéral. Une étude estimant la

prévalence du TSPT chez les détenus sortants de prison serait également intéressante.

V. Ouvertures et perspectives

A. Prévention du TSPT en détention

La question de la prise en charge et de la prévention du TSPT en milieu carcéral est un enjeu important.

Les études réalisées auprès des arrivants montrent qu'un nombre important de détenus ont un TSPT antérieur à leur incarcération. Le dépistage systématique à l'entrée en détention apparaît comme une nécessité afin d'identifier rapidement les prisonniers atteints, et de mettre en place un suivi et une prise en charge efficace.

La proportion de TSPT survenant au cours de la détention, est plus difficile à contrôler. L'importance de la prévention primaire prend ici toute son ampleur. L'apparition de nouveaux cas est conditionnée par l'exposition des détenus aux évènements traumatiques. L'amélioration des conditions de détention, la diminution des violences, et la facilitation de l'accès aux soins psychiatriques, sont indispensables à une réduction de l'incidence du TSPT dans les prisons.

Si la prise en charge du TSPT revêt une telle importance, c'est aussi parce que son évolution est marquée par de multiples comorbidités. L'épisode dépressif

caractérisé, les troubles de l'usage de substance, les troubles anxieux, ne font qu'aggraver la santé mentale d'une population où un détenu sur sept est déjà atteint d'un trouble psychiatrique (8). La complication la plus grave du TSPT est le suicide. Le taux de suicide est aujourd'hui 9 fois plus important dans les prisons françaises que dans la communauté (10). Il s'agit de la première cause de mortalité des prisonniers.

La prise en charge et le traitement du TSPT représentent donc un enjeu majeur de santé mentale, en termes de réduction de la morbidité et de la mortalité des personnes incarcérées. Parmi les innovations médicales récentes, le développement de la télémédecine serait par exemple une opportunité intéressante pour rendre accessibles les thérapies efficaces sur le TSPT, à la population carcérale.

B. Initiatives récentes

Depuis plusieurs années, le TSPT est au centre des préoccupations, en terme de santé mentale. Les tragédies des multiples attentats terroristes ont mis en lumière les conséquences psychologiques désastreuses de l'exposition aux évènements traumatiques dans la population civile. Ce trouble, qui n'a été inclus dans les nosographies internationales qu'en 1980, est peu à peu entré dans le vocabulaire psychiatrique courant. Aujourd'hui, il est largement reconnu, diagnostiqué, étudié, et pris en charge par les psychiatres du monde entier (111).

En France, des initiatives récentes sont à signaler, visant à une amélioration de l'accès et de la qualité des soins pour les patients souffrant de ce trouble. On peut citer l'annonce de la création de 10 centres régionaux de soins des psychotraumatismes,

dispersés sur l'ensemble de la Métropole française, dont les objectifs sont d'améliorer la prise en charge des victimes, de faciliter la coordination entre les différents acteurs déjà engagés dans la prise en charge des psychotraumatismes (publics ou associatifs), et de former les professionnels de santé confrontés aux victimes. Ces 10 centres seront pilotés par un Centre National De Ressource et de Résilience (CN2R), situé à Lille, qui aura pour missions de développer la recherche et l'enseignement dans le domaine du psychotraumatisme, ainsi que l'information du grand public.

La création de ce réseau est une opportunité exceptionnelle pour développer la prise en charge du TSPT en milieu pénitentiaire, la population carcérale étant l'une des plus touchées par ce trouble. La formation des professionnels, la mise en place de consultations dédiées, et l'articulation des soins avec le milieu libre, sont impératifs à l'amélioration du pronostic psychiatrique des détenus souffrant d'un TSPT.

Conclusion

Le TSPT a été qualifié par certains auteurs de « *life sentence* » (« *condamnation à vie* »), du fait de ses conséquences fonctionnelles et de ses multiples comorbidités. Cette expression, empruntée au vocabulaire judiciaire, résonne de manière particulière quand on constate les liens entre TSPT et milieu carcéral.

Les résultats de notre travail mettent en évidence une surreprésentation du TSPT chez les personnes incarcérées, par rapport à la population générale. Les causes de cette surreprésentation sont encore débattues. La prévalence plus importante de l'ensemble des troubles psychiatriques en prison, et les facteurs de risque de TSPT, plus fréquents chez les détenus n'expliquent qu'en partie ces résultats. D'autres pistes sont proposées par notre travail. Ainsi, l'apparition d'un TSPT consécutivement à la réalisation d'un crime violent ; le risque augmenté de comportements agressifs chez les individus souffrant d'un TSPT ; et l'exposition à de multiples évènements potentiellement traumatiques au cours de l'incarcération, pourraient participer au taux de prévalence plus élevé du TSPT chez les prisonniers. Ces hypothèses devront faire l'objet de futurs travaux, et l'influence de l'environnement carcéral, riche en facteurs de stress, sur l'évolution du TSPT, devra être précisément étudiée.

La prévention, le dépistage et la prise en charge du TSPT en milieu carcéral sont indispensables à une réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux troubles psychiatriques. Ces objectifs ne pourront être atteints qu'avec une réflexion sur les

conditions actuelles de détention, et une amélioration de l'accès aux soins psychiatriques pour les personnes incarcérées.

Références bibliographiques

1. Burgess AW, Holmstrom LL. Rape Trauma Syndrome. *Am J Psychiatry*. 1974 sept;131(9):981-6.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [Internet]. Fifth Edition. American Psychiatric Association; 2013.
3. Organisation mondiale de la santé. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes CIM-10. 3, 3,. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2009.
4. Kessler RC. Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1995 dec 1;52(12):1048.
5. Koenen KC, Ratanatharathorn A, Ng L, McLaughlin KA, Bromet EJ, Stein DJ, et al. Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys. *Psychol Med*. 2017 oct;47(13):2260-74.
6. Benjet C, Bromet E, Karam EG, Kessler RC, McLaughlin KA, Ruscio AM, et al. The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychol Med*. 2016 jan;46(02):327-43.
7. Senon JL. Psychiatrie et prison : toujours dans le champ de l'actualité. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 2004;162(8):646-52.
8. Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *The Lancet*. 2002 feb;359(9306):545-50.
9. Fazel S, Bains P, Doll H. Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review. *Addiction*. 2006 feb;101(2):181-91.
10. Fazel S, Ramesh T, Hawton K. Suicide in prisons: an international study of prevalence and contributory factors. *Lancet Psychiatry*. 2017 dec;4(12):946-52.
11. Fazel S, Baillargeon J. The health of prisoners. *The Lancet*. 2011 march;377(9769):956-65.
12. Goff A, Rose E, Rose S, Purves D. Does PTSD occur in sentenced prison populations? A systematic literature review. *Crim Behav Ment Health*. 2007 july;17(3):152-62.
13. Baranyi G, Cassidy M, Fazel S, Priebe S, Mundt AP. Prevalence of Posttraumatic Stress Disorder in Prisoners. *Epidemiol Rev*. 2018 june;40(1):134-45.
14. Wolff N, Shi J, Siegel JA. Patterns of Victimization Among Male and Female Inmates: Evidence of an Enduring Legacy. *Violence Vict*. 2009 aug;24(4):469-84.
15. Hodgins S, Côté G. Prevalence of mental disorders among penitentiary inmates in Quebec. *Can Ment Health*. 1990;38(1):1-4.
16. Burton D, Foy D, Bwanausi C, Johnson J, Moore L. The relationship between traumatic exposure, family dysfunction, and post-traumatic stress symptoms in male juvenile offenders. *J Trauma Stress*. 1994 jan;7(1):83-93.
17. Teplin LA, Abram KM, McClelland GM. Prevalence of psychiatric disorders among incarcerated women. I. Pretrial jail detainees. *Arch Gen Psychiatry*. 1996 june;53(6):505-12.
18. Brooke D, Taylor C, Gunn J, Maden A. Point prevalence of mental disorder in unconvicted male prisoners in England and Wales. 1996;313:4.
19. Steiner H, Garcia IG, Matthews Z. Posttraumatic Stress Disorder in Incarcerated Juvenile Delinquents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997 march;36(3):357-65.

20. Powell TA, Holt JC, Fondacaro KM. The prevalence of mental illness among inmates in a rural state. *Law Hum Behav.* 1997;21(4):427-38.
21. Zlotnick C. Posttraumatic stress disorder (PTSD), PTSD comorbidity, and childhood abuse among incarcerated women. *J Nerv Ment Dis.* 1997 dec;185(12):761-3.
22. Mohan D, Scully P, Collins C, Smith C. Psychiatric disorder in an Irish female prison. *Crim Behav Ment Health.* 1997 sept;7(3):229-35.
23. Cauffman E, Feldman S, Watherman J, Steiner H. Posttraumatic Stress Disorder Among Female Juvenile Offenders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1998 nov;37(11):1209-16.
24. Singleton N, Meltzer H, Gatward R, Coid J, Deasy D. Psychiatric morbidity among prisoners: Summary report: (591872010-001) [Internet]. American Psychological Association; 1997 Disponible sur: <http://doi.apa.org/get-pe-doi.cfm?doi=10.1037/e591872010-001>
25. Duclos CW, Beals J, Novins DK, Martin C, Jewett CS, Manson SM. Prevalence of Common Psychiatric Disorders Among American Indian Adolescent Detainees. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1998 aug;37(8):866-73.
26. Brinded PMJ, Simpson AIF, Laidlaw TM, Fairley N, Malcolm F. Prevalence of Psychiatric Disorders in New Zealand Prisons: A National Study. *Aust N Z J Psychiatry.* 2001 apr;35(2):166-73.
27. Wasserman GA, McReynolds LS, Lucas CP, Fisher P, Santos L. The Voice DISC-IV With Incarcerated Male Youths: Prevalence of Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2002 march;41(3):314-21.
28. Brink JH, Doherty D, Boer A. Mental disorder in federal offenders: A Canadian prevalence study. *Int J Law Psychiatry.* 2001 july;24(4-5):339-56.
29. Ruchkin VV, Schwab-Stone M, Koposov R, Vermeiren R, Steiner H. Violence Exposure, Posttraumatic Stress, and Personality in Juvenile Delinquents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2002 march;41(3):322-9.
30. Butler T, Allnutt S. Mental illness among New South Wales prisoners. Matraville: Corrections Health Service; 2003.
31. Ulzen T, Hamilton H. Post Traumatic Stress Disorder in Incarcerated Adolescents. :4. *The Can Child and Adolesc Psychiatr Rev.* 2003 Nov; 12(4):113-116
32. Abram KM, Teplin LA, Charles DR, Longworth SL, McClelland GM, Dulcan MK. Posttraumatic Stress Disorder and Trauma in Youth in Juvenile Detention. *Arch Gen Psychiatry.* 2004 apr 1;61(4):403.
33. Yoshinaga C, Kadomoto I, Otani T, Sasaki T, Kato N. Prevalence of post-traumatic stress disorder in incarcerated juvenile delinquents in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2004 aug;58(4):383-8.
34. Duburcq A, Coulomb S, Bonte J. Enquête de Prévalence sur les Troubles Psychiatriques en Milieu Carcéral (Phase 1 de l'Étude Épidémiologique) Rapport Final. Paris, France: CEMKA-EVAL; 2004.
35. Dixon A, Howie P, Starling J. Trauma Exposure, Posttraumatic Stress, and Psychiatric Comorbidity in Female Juvenile Offenders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2005 aug;44(8):798-806.
36. Green BL, Miranda J, Daroowalla A, Siddique J. Trauma Exposure, Mental Health Functioning, and Program Needs of Women in Jail. *Crime Delinquency.* 2005 jan;51(1):133-51.
37. Huang G, Zhang Y, Momartin S, Cao Y, Zhao L. Prevalence and characteristics of trauma and posttraumatic stress disorder in female prisoners in China. *Compr Psychiatry.* 2006 jan;47(1):20-9.

38. Assadi SM, Noroozian M, Pakravannejad M, Yahyazadeh O, Aghayan S, Shariat SV, et al. Psychiatric morbidity among sentenced prisoners: prevalence study in Iran. *Br J Psychiatry*. 2006 feb;188(02):159-64.
39. Tye CS, Mullen PE. Mental disorders in female prisoners. *Aust N Z J Psychiatry*. 2006;40(3):266-271.
40. von Schönfeld C-E, Schneider F, Schröder T, Widmann B, Botthof U, Driessen M. Prevalence of psychiatric disorders, psychopathology and the need for treatment in female and male prisoners. *Nervenarzt*. 2006 july;77(7):830-41.
41. Urbaniok F, Rossegger A, Endrass J, Noll T, Vetter S. Posttraumatic stress disorder in a Swiss offender population. *Eur Psychiatry*. 2007 march;22:S75-6.
42. Trestman RL, Ford J, Zhang W, Wiesbrock V. Current and Lifetime Psychiatric Illness Among Inmates Not Identified as Acutely Mentally Ill at Intake in Connecticut's Jails. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2007;35(4):11.
43. Gunter TD, Arndt S, Wenman G, Allen J, Loveless P, Sieleni B, et al. Frequency of Mental and Addictive Disorders Among 320 Men and Women Entering the Iowa Prison System: Use of the MINI-Plus. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2008;36(1):8.
44. Dudeck M, Kopp D, Kuwert P, Drenkhahn K, Orlob S, Lüth H, et al. Prevalence of psychiatric disorders in prisoners with a short imprisonment: results from a prison in north Germany. *Psychiatr Prax*. 2009 july;36(05):219-24.
45. Bulten E, Nijman H, van der Staak C. Psychiatric disorders and personality characteristics of prisoners at regular prison wards. *Int J Law Psychiatry*. 2009 march;32(2):115-9.
46. Einarsson E, Sigurdsson JF, Gudjonsson GH, Newton AK, Bragason OO. Screening for attention-deficit hyperactivity disorder and co-morbid mental disorders among prison inmates. *Nord J Psychiatry*. 2009 jan;63(5):361-7.
47. Boşgelmez Ş, Aker T, Köklük ÖA, Ford JD. Assessment of Lifetime History of Exposure to Traumatic Stressors by Incarcerated Adults with the Turkish Version of the Traumatic Events Screening Instrument for Adults (TESI-A): A Pilot Study. *J Trauma Dissociation*. 2010 oct 7;11(4):407-23.
48. Vicens E, Tort V, Dueñas RM, Muro Á, Pérez-Arnau F, Arroyo JM, et al. The prevalence of mental disorders in Spanish prisons: The prevalence of mental disorders in Spanish prisons. *Crim Behav Ment Health*. 2011 dec;21(5):321-32.
49. Math S, Murthy P, Parthasarathy R. Mental health and substance use problems in prisons. *The Bangalore Prison Mental Health Study: local lessons for national action*. Bangalore, India: National Institute of Mental Health and Neuro Sciences; 2011.
50. Naidoo S, Mkize D. Prevalence of mental disorders in a prison population in Durban, South Africa. *Afr J Psychiatry* 2012 feb 13;15(1):30-35.
51. Heffernan EB, Andersen KC, Dev A, Kinner S. Prevalence of mental illness among Aboriginal and Torres Strait Islander people in Queensland prisons. *Med J Aust*. 2012 july 2;197(1):37-41.
52. Derkzen D, Booth L, McConnell A. Mental Health Needs of Federal Women Offenders. 2012;71.
53. Mundt AP, Alvarado R, Fritsch R, Poblete C, Villagra C, Kastner S, et al. Prevalence Rates of Mental Disorders in Chilean Prisons. *Mazza M, éditeur. PLoS ONE*. 2013 july 22;8(7):e69109.
54. Lynch SM, DeHart DD, Belknap JE, Green BL, Dass-Brailsford P, Johnson KA, et al. A Multisite Study of the Prevalence of Serious Mental Illness, PTSD, and Substance Use Disorders of Women in Jail. *Psychiatr Serv*. 2014 may;65(5):670-4.

55. Atilola O, Omigbodun O, Bella-Awusah T. Post-traumatic Stress Symptoms among Juvenile Offenders in Nigeria: Implications for Holistic Service Provisioning in Juvenile Justice Administration. *J Health Care Poor Underserved*. 2014;25(3):991-1004.
56. Andreoli SB, dos Santos MM, Quintana MI, Ribeiro WS, Blay SL, Taborda JGV, et al. Prevalence of Mental Disorders among Prisoners in the State of Sao Paulo, Brazil. *Mulle JG, éditeur. PLoS ONE*. 2014 feb 14;9(2):e88836.
57. Foa EB, Budesco M, Gillihan SJ, Riley S, Harner HM. Posttraumatic stress disorder in incarcerated women: A call for evidence-based treatment. *Psychol Trauma Theory Res Pract Policy*. 2015 jan;7(1):58-66.
58. Mir J, Kastner S, Priebe S, Konrad N, Ströhle A, Mundt AP. Treating substance abuse is not enough: Comorbidities in consecutively admitted female prisoners. *Addict Behav*. july;46:25-30.
59. Mundt AP, Kastner S, Larraín S, Fritsch R, Priebe S. Prevalence of mental disorders at admission to the penal justice system in emerging countries: a study from Chile. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2016 oct;25(05):441-9.
60. Arnal R, Ayhan G, Pinganaud É, Basurko C, Jehel L. Le trouble de stress post-traumatique parmi les détenus en centre pénitentiaire en Guyane française. *Santé Ment Au Qué*. 2016;41(1):251.
61. Beaudette JN, Stewart LA. National Prevalence of Mental Disorders among Incoming Canadian Male Offenders. *Can J Psychiatry*. 2016 oct;61(10):624-32.
62. Zabala-Baños MC, Segura A, Maestre-Miquel C, Martínez-Lorca M, Rodríguez-Martín B, Romero D, et al. Mental disorder prevalence and associated risk factors in three prisons of Spain. *Rev Esp Sanid Penit*. 2016 june;18(1):13-23.
63. Bebbington P, Jakobowitz S, McKenzie N, Killaspy H, Iveson R, Duffield G, et al. Assessing needs for psychiatric treatment in prisoners: 1. Prevalence of disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2017 feb;52(2):221-9.
64. Brown G, Barker J, McMillan K, Norman R, Derkzen D, Stewart LA. National Prevalence of Mental Disorders among Federally Sentenced Women Offenders: In Custody Sample. Canada, Institute for Applied Social Research (IASR); 2018 july.
65. Fear NT, Bridges S, Hatch S, Hawkins V, Wessely S. *Adult Psychiatric Morbidity Survey: Survey of Mental Health and Wellbeing, England, 2014*.
66. McLaughlin KA, Koenen KC, Hill ED, Petukhova M, Sampson NA, Zaslavsky AM, et al. Trauma Exposure and Posttraumatic Stress Disorder in a National Sample of Adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013 aug;52(8):815-830.e14.
67. Olf M, Langeland W, Draijer N, Gersons BPR. Gender differences in posttraumatic stress disorder. *Psychol Bull*. 2007;133(2):183-204.
68. Rasmusson AM, Friedman MJ. Gender issues in the neurobiology of PTSD. In: *Gender and PTSD*. New York, NY, US: The Guilford Press; 2002. p. 43-75.
69. Pooley AE, Benjamin RC, Sreedhar S, Eagle AL, Robison AJ, Mazei-Robison MS, et al. Sex differences in the traumatic stress response: PTSD symptoms in women recapitulated in female rats. *Biol Sex Differ* 2018 dec;9(1).
70. Vaiva G, Jehel L, Cottencin O, Ducrocq F, Duchet C, Omnes C, et al. Prévalence des troubles psychotraumatiques en France métropolitaine. *L'Encéphale*. 2008 dec;34(6):577-83.

71. Oquendo M, Brent DA, Birmaher B, Greenhill L, Kolko D, Stanley B, et al. Posttraumatic Stress Disorder Comorbid With Major Depression: Factors Mediating the Association With Suicidal Behavior. *Am J Psychiatry*. 2005 march;162(3):560-6.
72. Breslau N. Epidemiologic Studies of Trauma, Posttraumatic Stress Disorder, and other Psychiatric Disorders. *Can J Psychiatry*. 2002 dec;47(10):923-9.
73. Koenen KC, Fu QJ, Ertel K, Lyons MJ, Eisen SA, True WR, et al. Common genetic liability to major depression and posttraumatic stress disorder in men. *J Affect Disord*. 2008 jan;105(1-3):109-15.
74. Fazel S, Seewald K. Severe mental illness in 33 588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. *Br J Psychiatry*. 2012 may;200(05):364-73.
75. Golier JA, Yehuda R, Bierer LM, Mitropoulou V, New AS, Schmeidler J, et al. The Relationship of Borderline Personality Disorder to Posttraumatic Stress Disorder and Traumatic Events. *Am J Psychiatry*. 2003 nov;160(11):2018-24.
76. Arenson MB, Whooley MA, Neylan TC, Maguen S, Metzler TJ, Cohen BE. Posttraumatic stress disorder, depression, and suicidal ideation in veterans: Results from the mind your heart study. *Psychiatry Res*. 2018 july;265:224-30.
77. Jacobsen LK, Southwick SM, Kosten TR. Substance Use Disorders in Patients With Posttraumatic Stress Disorder: A Review of the Literature. *Am J Psychiatry*. 2001 aug;158(8):1184-90.
78. Britvić D, Antičević V, Kaliterna M, Lušić L, Beg A, Brajević-Gizdić I, et al. Comorbidities with Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) among combat veterans: 15 years postwar analysis. *Int J Clin Health Psychol*. 2015 may;15(2):81-92.
79. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol*. 2000 oct;68(5):748-66.
80. Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychol Bull*. 2003 jan;129(1):52-73.
81. Wolff N, Blitz CL, Shi J, Siegel J, Bachman R. Physical Violence Inside Prisons: Rates of Victimization. *Crim Justice Behav*. 2007 may;34(5):588-99.
82. Wolff N, Blitz CL, Shi J, Bachman R, Siegel JA. Sexual Violence Inside Prisons: Rates of Victimization. *J Urban Health*. 2006 aug 25;83(5):835-48.
83. Wolff N, Blitz CL, Shi J. Rates of Sexual Victimization in Prison for Inmates With and Without Mental Disorders. *Psychiatr Serv*. 2007 aug 1;58(8):1087-94.
84. Blitz CL, Wolff N, Shi J. Physical victimization in prison: The role of mental illness. *Int J Law Psychiatry*. 2008 oct;31(5):385-93.
85. Hagan BO, Albizu-Garcia CE, Zaller N, Nyamu S, Shavit S, Deluca J, et al. History of Solitary Confinement Is Associated with Post-Traumatic Stress Disorder Symptoms among Individuals Recently Released from Prison. *J Urban Health*. 2018 apr;95(2):141-8.
86. Dirkzwager AJE, Nieuwebeerta P. Mental health symptoms during imprisonment: a longitudinal study. *Acta Psychiatr Scand*. 2018 oct;138(4):300-11.
87. Gabrysch C, Fritsch R, Priebe S, Mundt AP. Mental disorders and mental health symptoms during imprisonment: A three-year follow-up study. Uddin M, éditeur. *PLOS ONE*. 2019 march 14;14(3):e0213711.
88. Fovet T, Horn M, Thomas P, Amad A. Is prison truly a good place to be cared for? *Acta Psychiatr Scand*. 2019 feb;139(2):206-7.

89. Harry B, Resnick PJ. Posttraumatic Stress Disorder in Murderers. *J Forensic Sci.* 1986 apr 1;31(2):1229-33.
90. Pollock PH. When the killer suffers: Post-traumatic stress reactions following homicide. *Leg Criminol Psychol.* 1999 sept;4(2):185-202.
91. Gray NS, Carman NG, Rogers P, MacCulloch MJ, Hayward P, Snowden RJ. Post-traumatic stress disorder caused in mentally disordered offenders by the committing of a serious violent or sexual offence. *J Forensic Psychiatry Psychol.* 2003 apr;14(1):27-43.
92. Evans C, Ehlers A, Mezey G, Clark DM. Intrusive memories in perpetrators of violent crime: Emotions and cognitions. *J Consult Clin Psychol.* 2007 feb;75(1):134-44.
93. Papanastassiou M, Waldron G, Boyle J, Chesterman LP. Post-Traumatic Stress Disorder in mentally ill perpetrators of homicide. *J Forensic Psychiatry Psychol.* 2004 march;15(1):66-75.
94. Maxfield MG, Widom CS. The cycle of violence. Revisited 6 years later. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1996 apr;150(4):390-5.
95. Marshall A, Panuzio J, Taft C. Intimate partner violence among military veterans and active duty servicemen. *Clin Psychol Rev.* 2005 nov;25(7):862-76.
96. MacManus D, Dean K, Jones M, Rona RJ, Greenberg N, Hull L, et al. Violent offending by UK military personnel deployed to Iraq and Afghanistan: a data linkage cohort study. *The Lancet.* 2013 march;381(9870):907-17.
97. Ardino V, Milani L, Di Blasio P. PTSD and re-offending risk: the mediating role of worry and a negative perception of other people's support. *Eur J Psychotraumatology.* 2013 dec;4(1):21382.
98. Siever LJ. Neurobiology of Aggression and Violence. *Am J Psychiatry.* 2008 apr ;165(4):429-42.
99. Le Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté. Rapport d'activité 2017. (Dalloz).
100. Observatoire international des prisons, Bès F. Les conditions de détention en France: rapport 2011. 2012.
101. Prisons O international des prisons. Violences en prison : l'Ordre des médecins rappelle l'obligation de fournir un certificat médical aux victimes qui en font la demande [Internet]. oip.org. Disponible sur: <https://oip.org/communiqué/violences-en-prison-lordre-des-medecins-rappelle-lobligation-de-fournir-un-certificat-medical-aux-victimes-qui-en-font-la-demande/>
102. Avenue HRW| 350 F, York 34th Floor | New, t 1.212.290.4700 N 10118-3299 U|. Double peine | Conditions de détention inappropriées pour les personnes présentant des troubles psychiatriques dans les prisons en France [Internet]. Human Rights Watch. 2016. Disponible sur: <https://www.hrw.org/fr/report/2016/04/05/double-peine/conditions-de-detention-inappropriées-pour-les-personnes-presentant>
103. Le Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté. Avis du 25 janvier 2016 relatif à la situation des femmes privées de liberté [Internet]. Journal Officielle de la République Française; 2016 févr.
104. Ostacher MJ, Cifu AS. Management of Posttraumatic Stress Disorder. *JAMA.* 2019 jan 15;321(2):200.
105. Helzer JE. A Comparison of Clinical and Diagnostic Interview Schedule Diagnoses: Physician Reexamination of Lay-Interviewed Cases in the General Population. *Arch Gen Psychiatry.* 1985 july 1;42(7):657.
106. Wittchen H-U. Reliability and validity studies of the WHO-Composite International Diagnostic Interview (CIDI): A critical review. *J Psychiatr Res.* 1994 jan;28(1):57-84.

107. Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Harnett Sheehan K, et al. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *Eur Psychiatry*. 1997;12(5):224-31.
108. Bonicatto S, Dew MA, Soria JJ, Seghezso ME. Validity and reliability of Symptom Checklist '90 (SCL90) in an Argentine population sample. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1997 aug;32(6):332-8.
109. Elhai JD, Franklin CL, Gray MJ. The SCID PTSD module's trauma screen: validity with two samples in detecting trauma history. *Depress Anxiety*. 2008 sept;25(9):737-41.
110. Foa EB, McLean CP, Zang Y, Zhong J, Powers MB, Kauffman BY, et al. Psychometric properties of the Posttraumatic Diagnostic Scale for DSM–5 (PDS–5). *Psychol Assess*. 2016;28(10):1166-71.
111. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Benjet C, Bromet EJ, Cardoso G, et al. Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys. *Eur J Psychotraumatology*. 2017 oct 27;8(sup5):1353383.

AUTEUR : Nom : BELET

Prénom : Bettina

Date de Soutenance : 24 avril 2019

Titre de la Thèse : Trouble de Stress Post-Traumatique en milieu carcéral : une revue systématique de la littérature

Thèse - Médecine - Lille 2019

Cadre de classement : Psychiatrie

DES + spécialité : Psychiatrie

Mots-clés : Trouble de stress post-traumatique, traumatisme, prison, détention, incarcération

Résumé :

Introduction : Le Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT) est un trouble psychiatrique fréquent, dont les complications les plus sévères sont la diminution de la qualité de vie des patients et l'augmentation du risque suicidaire. Sa prévalence, ses caractéristiques épidémiologiques, ses comorbidités, et ses spécificités sont pourtant peu explorées en milieu carcéral. L'objectif de notre travail est d'étudier la prévalence du TSPT en milieu carcéral.

Méthodes : Nous avons réalisé, en août 2018, une recherche des études explorant la prévalence du TSPT en milieu carcéral. Les publications ont été recensées à partir de la base de données électronique *PubMed*, grâce à une équation de recherche associant les termes *Medical Subject Heading (Mesh)* suivant : « *Prisons* », « *Forensic Psychiatry* », « *Psychological Trauma* », « *Stress Disorders, Traumatic* », « *Stress Disorders, Traumatic, Acute* », « *Stress Disorders, Post-Traumatic* ».

Résultats : 50 références pertinentes ont été retenues selon nos critères d'inclusion. Les taux de prévalence « *actuelle* » et « *vie entière* » du TSPT étaient très hétérogènes et s'étendaient respectivement de 0% à 48,90% et de 1% à 65,3%. Les prévalences étaient plus élevées chez les femmes adultes et mineures, et dans les pays à revenu élevé. Les comorbidités retrouvées étaient identiques à celles décrites dans la communauté, avec une association significative avec l'épisode dépressif caractérisé, les troubles anxieux, et l'augmentation du risque suicidaire. Il n'a pas été mis en évidence de différence de prévalence du TSPT selon le statut judiciaire des détenus. Pour tous les groupes étudiés, les taux de prévalence étaient supérieurs à la population générale. Le développement d'un TSPT suite à la réalisation d'un crime violent, l'exposition fréquente à des événements potentiellement traumatiques au cours de l'incarcération, et les liens entre TSPT et comportements violents, pourraient expliquer la surreprésentation du trouble chez les prisonniers.

Conclusion : La prévention, le dépistage et le traitement du TSPT en milieu carcéral sont nécessaires à l'amélioration de la santé mentale des détenus. Des travaux ciblés sur l'évaluation de l'influence de l'environnement carcéral sur l'évolution de ce trouble sont indispensables.

Composition du Jury :

Président : Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs : Professeur Guillaume VAIVA, Docteur Ali AMAD, Docteur Thomas FOVET