



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Entretien

Le psychotraumatisme en milieu pénitentiaire

Trauma and PTSD in prisons and corrections

Thomas Fovet^a, Clément Villa^a, Bettina Belet^a, Fanny Carton^a, Timothée Bauer^b,
Suzanne Buyle-Bodin^b, Fabien D'Hondt^{a,c}, Jean-Pierre Bouchard^{d,e,f,g,*}

^a Univ. Lille, Inserm, CHU Lille, U1172 - Lille Neuroscience & Cognition, 59000 Lille, France

^b Établissement Public de Santé Mentale Val-de-Lys Artois, 62350 Saint-Venant, France

^c Centre national de ressources et de résilience Lille-Paris (CN2R), 59000 Lille, France

^d Psychologie, Criminologie, Victimologie (PCV), 33000 Bordeaux, France

^e Institut Psycho-Judiciaire et de Psychopathologie (IPJP), Institute of Forensic Psychology and Psychopathology, centre hospitalier de Cadillac, 33410 Cadillac, France

^f Unité pour Malades Difficiles (UMD), pôle de psychiatrie médico-légale (PPML), centre hospitalier de Cadillac, 33410 Cadillac, France

^g Statistics and Population Studies Department, Faculty of Natural Sciences, University of the Western Cape, 7535 Cape-Town, Afrique du Sud



INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Disponible sur Internet le 13 décembre 2022

Mots clés :

Maison d'arrêt

Personne détenue

Prison

Psychiatrie

Psychotraumatisme

Trouble stress post-traumatique

R É S U M É

La question du psychotraumatisme constitue une dimension centrale de la pratique psychiatrique en milieu pénitentiaire. Le trouble de stress post-traumatique (TSPT), en particulier dans sa forme dite « complexe », est en effet largement surreprésenté en prison. Dans cet entretien avec Jean-Pierre Bouchard, Thomas Fovet, Clément Villa, Bettina Belet, Fanny Carton, Timothée Bauer, Suzanne Buyle-Bodin et Fabien D'Hondt s'appuient sur leur expérience clinique et sur de récents travaux de recherche épidémiologique pour proposer une synthèse de la question. Les aspects cliniques spécifiquement retrouvés en milieu carcéral, notamment la question des comorbidités psychiatriques/addictologiques ou du TSPT des auteurs de crime violent, sont développés. L'état actuel des connaissances en ce qui concerne la prise en charge des symptômes post-traumatiques en prison est également discuté et mis en perspective avec la réalité du terrain.

© 2022 Publié par Elsevier Masson SAS.

A B S T R A C T

Post-traumatic stress disorder (PTSD), and particularly complex PTSD, is over-represented in prisons and corrections. In this interview with Jean-Pierre Bouchard, Thomas Fovet, Clément Villa, Bettina Belet, Fanny Carton, Timothée Bauer, Suzanne Buyle-Bodin and Fabien D'Hondt draw on their clinical experience and recent epidemiological research to provide an overview of the issue. The clinical aspects specifically found in the prison environment, especially the questions of comorbid psychiatric and substance use disorders or PTSD in perpetrators of violent crime, are developed. The current state of knowledge regarding the management of post-traumatic symptoms in prison is also discussed and put into perspective with daily practice.

© 2022 Published by Elsevier Masson SAS.

Keywords:

Incarcerated People

Jail

Prison

Psychiatry

PTSD

Trauma

* Auteur correspondant. Institut Psycho-Judiciaire et de Psychopathologie (IPJP), Institute of Forensic Psychology and Psychopathology, centre hospitalier de Cadillac, 33410 Cadillac, France.

Adresse e-mail : jean_pierre_bouchard@yahoo.fr (J.-P. Bouchard).

1. Introduction

Le psychotraumatisme occupe aujourd'hui une place centrale dans la conception des troubles psychiatriques [33,39,41], dépassant largement le cadre des entités nosographiques qui lui sont plus directement rattachées comme le trouble de stress post-traumatique (TSPT) [2–4,47,48]. Dans le contexte de l'exercice en milieu carcéral, la dimension psychotraumatique apparaît omni-

présente puisque l'exposition à des événements potentiellement traumatiques semble constituer la règle plutôt que l'exception chez les personnes détenues.

Dans cet entretien avec Jean-Pierre Bouchard, Thomas Fovet, Clément Villa, Bettina Belet, Fanny Carton, Timothée Bauer, Suzanne Buyle-Bodin et Fabien D'Hondt s'appuient sur plusieurs communications présentées lors de la journée des unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP) des Hauts-de-France le 30 mai 2022 à Lille et lors d'un symposium dédié à cette thématique au cours des 7^{es} journées nationales inter-UHSA à Lille le 24 juin 2022, pour proposer une synthèse de la question du psychotraumatisme en milieu pénitentiaire.

Le propos repose à la fois sur l'expérience clinique des auteurs exerçant au sein de structures de soins psychiatriques en prison (Unités de Soins en Milieu Pénitentiaire [USMP], services médico-psychologiques régionaux [SMPR] et unités hospitalières spécialement aménagées [UHSA]) et pour certains, dans des structures sanitaires de prise en charge du psychotraumatisme (cellules d'urgence médico-psychologiques [CUMP], centres régionaux du psychotraumatisme [CRP]), sur une enquête de terrain menée dans les Hauts-de-France auprès des professionnels des USMP et sur des travaux de recherche épidémiologique menés récemment par le centre national de ressources et de résilience (Cn2r) sur cette question.

Thomas Fovet est psychiatre et docteur en neurosciences. Il exerce au sein de l'UHSA et de l'équipe mobile transitionnelle (EMOT) du CHU de Lille. Il est également chercheur au sein de l'équipe Psychiatry&Subjectivity du centre Lille Neuroscience & Cognition - U1172 (Univ Lille, Inserm, CHU de Lille).

Clément Villa est psychiatre. Il exerce au sein de l'UHSA et du CRP du CHU de Lille. Il est également volontaire sur la CUMP du Nord.

Bettina Belet est psychiatre au CHU de Lille. Elle exerce au sein du SMPR de Lille-Annœullin et de l'EMOT.

Fanny Carton est psychologue à l'USMP rattachée au CHU de Lille, de la maison d'arrêt de Lille-Sequedin. Elle exerce également au CSAPA de cette même maison d'arrêt et elle est volontaire à la CUMP du Nord.

Timothée Bauer est psychiatre à l'Établissement Public de Santé Mentale (EPSM) Val de Lys-Artois de Saint-Venant, et exerce notamment au sein de l'USMP de la maison d'arrêt de Béthune.

Suzanne Buyle-Bodin est psychiatre à l'EPSM Val de Lys-Artois de Saint-Venant. Elle exerce au sein de l'USMP du centre pénitentiaire de Longuenesse, où elle est médecin référente du dispositif de soins psychiatriques. Elle participe également à la coordination des USMP des Hauts-de-France.

Fabien D'Hondt est docteur et maître de conférences HDR en neurosciences à la faculté de médecine de l'Université de Lille. Il est chercheur au sein de l'équipe Psychiatry&Subjectivity du centre Lille Neuroscience & Cognition - U1172 (Univ Lille, Inserm, CHU de Lille). Il est également directeur opérationnel et responsable du pôle recherche du Cn2r pour les psychotraumatismes.

2. Interview

2.1. Jean-Pierre Bouchard : Le psychotraumatisme est-il une problématique importante en prison ?

Thomas Fovet, Clément Villa, Bettina Belet, Fanny Carton, Timothée Bauer, Suzanne Buyle-Bodin et Fabien D'Hondt. Les troubles psychiatriques sont largement surreprésentés en milieu pénitentiaire [22,24]. Parmi eux, le TSPT occupe une place importante [8,21]. Une récente méta-analyse internationale indique que la prévalence vie-entière du TSPT est de 18 % chez les hommes détenus et atteint 40 % chez les femmes incarcérées. En

comparaison, cette même prévalence a été mesurée à environ 4 % en population générale [34].

Les enjeux sont majeurs au niveau sanitaire, la problématique du psychotraumatisme s'inscrivant généralement dans un tableau clinique complexe marqué par des comorbidités multiples (dépression, anxiété, usage de substance) [17,18]. Les implications sont également importantes pour le parcours carcéral des personnes concernées. En effet, le lien entre TSPT et comportements violents est actuellement bien établi [1,16,36,49] et plusieurs études ont pu montrer que la présence d'un TSPT augmente le risque de récidive à la libération [44], même si cette association pourrait être largement médiée par les troubles de l'usage de substance [16].

2.2. Jean-Pierre Bouchard : Quelles sont les particularités cliniques du psychotraumatisme en milieu pénitentiaire ?

Thomas Fovet, Clément Villa, Bettina Belet, Fanny Carton, Timothée Bauer, Suzanne Buyle-Bodin et Fabien D'Hondt. Comme pour l'ensemble des troubles psychiatriques, la clinique du psychotraumatisme est similaire en milieu carcéral et en milieu libre [27]. Néanmoins, certaines dimensions sémiologiques apparaissent plus prégnantes en détention, du fait notamment des spécificités de l'environnement carcéral.

L'élément le plus marquant est sans doute la prévalence élevée du TSPT dit « complexe » par rapport au TSPT dit « simple ». Cette forme de TSPT est particulièrement marquée, sur le plan clinique, par :

- une difficulté sévère de régulation des affects ;
- des croyances négatives à propos de soi-même ;
- des difficultés persistantes de maintien des relations interpersonnelles.

Une étude menée récemment auprès de 221 prisonniers anglais condamnés retrouve une prévalence du TSPT complexe de 17 % contre 8 % pour le TSPT simple [19]. Cette surreprésentation pourrait s'expliquer par une exposition fréquente et précoce des personnes détenues à des violences interpersonnelles et surtout à des expériences négatives durant l'enfance (on parle, dans la littérature internationale, d'« *adverse childhood experiences* ») [51,52]. En France, la dernière enquête épidémiologique nationale menée en prison souligne que 28 % des hommes et 40 % des femmes détenus rapportent des violences psychologiques, physiques ou sexuelles survenues dans l'enfance [20].

Par ailleurs, la prison est un milieu riche en facteurs de stress, au sein duquel la survenue d'événements potentiellement traumatiques est fréquente. Les violences sont surreprésentées en détention : les taux d'exposition à des violences physiques au cours d'une incarcération pourraient atteindre 35 % chez les hommes et 24 % des femmes détenus [52]. Les violences sexuelles en détention concerneraient quant à elles jusqu'à 10 % des hommes et 24 % des femmes détenus [52]. Il est important de noter que les personnes incarcérées souffrant de troubles psychiatriques sévères apparaissent surexposées à l'ensemble de ces violences [52].

Malgré ces constats, peu d'études ont exploré directement les conséquences de l'emprisonnement sur la santé mentale. Bien que constatées régulièrement en pratique clinique, la survenue, la réactivation ou l'aggravation d'un TSPT à la suite d'événements intra-carcéraux restent aujourd'hui des concepts peu documentés sur le plan de la recherche. Les futurs travaux devront déterminer finement l'impact des violences parfois vécues en détention, mais aussi celles des conditions d'incarcération particulièrement difficiles dans certains établissements (surpopulation carcérale, promiscuité, vétusté des locaux, etc.) sur la symptomatologie psychotraumatique pendant et après l'incarcération. Des liens

entre placement à l'isolement et symptômes post-traumatiques après la libération ont par exemple été décrits [31] et devront faire l'objet d'études complémentaires.

2.3. Jean-Pierre Bouchard : On parle parfois de TSPT des auteurs de crime violent, à quoi cela correspond-il ?

Thomas Fovet, Clément Villa, Bettina Belet, Fanny Carton, Timothée Bauer, Suzanne Buyle-Bodin et Fabien D'Hondt. En effet, le TSPT des auteurs de crime violent est une entité clinique assez spécifique de l'exercice en milieu carcéral puisqu'il s'agit d'un TSPT dont le développement fait suite à l'exposition à un (ou plusieurs) événement traumatique (violence interpersonnelle dans ce cas précis) non pas en tant que victime mais en tant qu'auteur. D'après une méta-analyse récente, la prévalence du TSPT secondaire au passage à l'acte est de 33 % chez les adultes auteurs de crime violent, tout type confondu [6]. Les auteurs d'homicide semblent davantage concernés avec une prévalence atteignant 43 % pour le TSPT complet et 13 % pour le TSPT subsyndromique.

Certains facteurs associés à la survenue d'un TSPT secondaire à la réalisation d'un crime violent ont pu être identifiés : la nature et la gravité du crime (le risque augmentant avec le degré de violence du passage à l'acte) [6,30], l'état psychiatrique de la personne au moment du passage à l'acte, notamment la présence d'un épisode dépressif d'intensité sévère ou d'un état mélancolique [30] et les antécédents traumatiques, en particulier dans l'enfance même si des résultats contradictoires ont été retrouvés pour ce dernier facteur [6,11,43]. En pratique, le TSPT secondaire à la réalisation d'un crime violent reste largement sous-diagnostiqué. Pourtant, la littérature scientifique actuelle sur le sujet est en faveur du dépistage systématique d'une symptomatologie psychotraumatique dans cette population.

L'accompagnement des personnes présentant ce type de trouble et qui sont en attente de jugement nécessite une vigilance particulière. En effet, le retraitement de l'événement traumatique pouvant minorer les réactions émotionnelles par rapport au passage à l'acte, la prise en charge doit faire l'objet d'une discussion approfondie et d'un consentement éclairé de la personne face aux enjeux qui se dessinent pour elle, notamment au niveau judiciaire.

2.4. Jean-Pierre Bouchard : Y-a-t-il des études épidémiologiques françaises sur le psychotraumatisme en prison ?

Thomas Fovet, Clément Villa, Bettina Belet, Fanny Carton, Timothée Bauer, Suzanne Buyle-Bodin et Fabien D'Hondt. Tout à fait, des données françaises sont disponibles sur cette question.

L'étude nationale qui fait toujours référence actuellement est le travail réalisé entre 2003 et 2004 auprès de 800 hommes détenus incarcérés au sein de 20 établissements pénitentiaires français (maisons d'arrêt, centres de détention et maisons centrales) par Bruno Falissard et son équipe. Dans cette enquête, la prévalence du TSPT est de 6,6 % selon les critères du *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI) mais elle atteint 14,2 % si l'on considère le consensus diagnostique entre deux cliniciens [20].

Des études plus locales ont également été publiées. La prévalence du TSPT était de 5 % à l'entrée en maison d'arrêt dans une enquête menée entre 2014 à 2017 dans le Nord et le Pas-de-Calais [26]. En comparaison à la population générale de même âge et de même sexe vivant au sein du même bassin géographique (données issues de l'enquête *Santé mentale en population générale* menée par le Centre collaborateur de l'organisation mondiale de la santé pour la recherche et la formation en santé mentale), la prévalence du TSPT était 6 fois plus élevée dans l'échantillon de 622 personnes détenues. Il s'agissait du trouble psychiatrique le plus surreprésenté. Enfin, une étude menée à Rémire-Montjoly en Guyane française auprès de 549 personnes arrivant en détention rapporte une prévalence de 17 % pour le TSPT [5].

Outre la prévalence élevée du TSPT en prison, l'ensemble des travaux disponibles soulignent le caractère particulièrement comorbide de ce trouble, plus encore chez les personnes détenues qu'en population générale [28]. La dépression, les troubles anxieux et surtout la dépendance aux substances sont particulièrement concernées [29].

Il est toutefois à noter qu'aucune étude n'a exploré spécifiquement la prévalence du TSPT à l'aide d'outils de référence tels que la *Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5* (CAPS-5) qui permet une quantification de l'intensité et de la fréquence des symptômes post-traumatiques. Ceci limite l'interprétation que nous pouvons faire de ces données épidémiologiques. En ce qui concerne l'évaluation du TSPT complexe, peu d'outils psychométriques validés sont actuellement disponibles. La reconnaissance de ce diagnostic dans la 11^e révision de la *Classification internationale des maladies* (CIM-11) devrait permettre d'affiner les connaissances épidémiologiques autour de ce type de TSPT dans les années à venir.

2.5. Jean-Pierre Bouchard : Quelle prise en charge est recommandée pour le TSPT en prison ?

Thomas Fovet, Clément Villa, Bettina Belet, Fanny Carton, Timothée Bauer, Suzanne Buyle-Bodin et Fabien D'Hondt. La littérature scientifique limitée sur cette question ne permet actuellement de dégager aucune spécificité de prise en charge du TSPT en prison. Toutefois, comme noté plus haut, la typologie des événements traumatiques rencontrés en milieu pénitentiaire oriente naturellement vers des outils thérapeutiques validés pour le TSPT dit complexe. Bien qu'aucune recommandation n'existe actuellement pour la prise en charge de ce trouble [12], plusieurs axes thérapeutiques ont été décrits :

- Une phase dite de *stabilisation*, centrée sur le développement de l'alliance praticien-patient, le développement du sentiment de sécurité, et la psychoéducation. Cette phase comprend des interventions multimodales dites intégratives, centrées sur les besoins du patient, pouvant aller de simples techniques de respiration à des interventions plus poussées ciblant les comportements suicidaires, les schémas cognitifs, la méditation pleine conscience ou un travail de l'attachement par exemple. Il s'agit, en théorie, de permettre à la personne d'acquérir des compétences d'autorégulation émotionnelle qui seront indispensables pour le bon déroulé de la phase d'exposition.
- La prise en charge des *comorbidités psychiatriques* (épisodes thymiques, symptômes dissociatifs, etc.) et *addictologiques* est fondamentale. A noter que des symptômes d'allure psychotiques doivent faire rechercher une exposition à des événements traumatiques. Ceux-ci peuvent en effet être présents chez 30 à 40 % des patients présentant un TSPT, particulièrement si c'est un TSPT complexe [32].
- Une *thérapie centrée sur le(s) psychotraumatisme(s)*, telle que *l'Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR) ou une thérapie cognitivo-comportementale dite « centrée sur le trauma » (thérapie d'exposition ou thérapie des processus cognitifs) doit être associée [54]. Celle-ci doit s'intégrer dans le cadre d'une prise en charge plus globale (son utilisation isolée ne permettant que des bénéfices limités dans le TSPT complexe par rapport au TSPT simple) et être réalisée par un professionnel expérimenté ayant une bonne maîtrise de l'outil utilisé.
- Un travail plus spécifique sur *l'intégration et le développement de la relation à soi et aux autres* (compassion pour soi, acceptation émotionnelle, attachement, et développement du lien social) complète la prise en charge.

Si chacun de ces axes semble présenter un intérêt, plusieurs aspects de la prise en charge du TSPT complexe restent débattus,

notamment l'intérêt et les caractéristiques optimales de la phase de stabilisation, la séquence chronologique à adopter pour les différentes cibles thérapeutiques ou le degré de « stabilité » nécessaire avant de commencer une thérapie « centrée sur le trauma » [14]. Dans ce contexte, des interventions multimodales comme la *Skills Training in Affect and Interpersonal Regulation* (STAIR) associée à une thérapie narrative [17] ou la thérapie dialectique et comportementale pour le TSPT [18] ont été spécifiquement développées [37] mais n'ont pas fait l'objet d'une évaluation en population carcérale [38].

En fait, très peu d'interventions thérapeutiques ont été évaluées rigoureusement auprès des personnes détenues. La littérature scientifique actuelle se limite à la validation d'interventions ciblant essentiellement la stabilisation (cette phase de stabilisation restant, à notre sens, particulièrement pertinente et importante lorsqu'on exerce en milieu pénitentiaire) ou les comorbidités addictologiques, et des préconisations d'experts reposant sur des études de cas décrivant l'implémentation réussie d'interventions « centrées sur le trauma » en prison [38]. L'optimisation des outils thérapeutiques pour la prise en charge du psychotraumatisme en population carcérale reste donc un champ de recherche largement ouvert pour les années à venir.

2.6. Jean-Pierre Bouchard : Qu'en est-il pour les traumatismes récents ?

Thomas Fovet, Clément Villa, Bettina Belet, Fanny Carton, Timothée Bauer, Suzanne Buyle-Bodin et Fabien D'Hondt. Comme pour le TSPT, la prise en charge d'un traumatisme récent (c'est-à-dire survenant peu avant ou durant l'incarcération) va s'appuyer sur les mêmes recommandations en prison qu'en milieu libre. Ici, la spécificité repose sur l'exposition fréquente à des événements potentiellement traumatiques au sein de la prison chez des personnes ayant déjà été exposées à plusieurs événements du même type dans leur histoire, voire présentant une symptomatologie de TSPT (on parle de « retraumatisation ») [56].

Dans de nombreux cas, l'exposition à un événement traumatique peu avant ou durant l'incarcération va donc venir faire écho à des violences plus anciennes. Il sera alors fondamental pour le praticien d'évaluer l'impact symptomatique de ce nouvel événement et d'en apaiser la charge anxieuse tout en restant attentif à la résurgence de symptômes liés à un traumatisme antérieur. Une attention particulière doit être portée sur la confusion temporelle entre les différents épisodes qui peut générer un déséquilibre émotionnel, parfois à l'origine de troubles du comportement.

Le suivi permet ensuite de surveiller l'émergence d'une symptomatologie post-traumatique et doit aboutir à une réstabilisation. En pratique, ce type de situation constitue parfois une porte d'entrée vers le soin pour des patients chez qui la problématique psychotraumatique n'avait pas été identifiée.

2.7. Jean-Pierre Bouchard : Y a-t-il des interventions médicamenteuses validées pour la prise en charge du TSPT en prison ?

Thomas Fovet, Clément Villa, Bettina Belet, Fanny Carton, Timothée Bauer, Suzanne Buyle-Bodin et Fabien D'Hondt. Le respect des autorisations de mise sur le marché et des recommandations internationales est la règle [23]. Ainsi, aucun traitement médicamenteux n'est actuellement recommandé pour la prise en charge du TSPT complexe.

Pour ce qui est du TSPT simple, la pharmacothérapie n'est indiquée qu'en seconde intention. Les traitements médicamenteux validés sont les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (paroxétine à la posologie journalière de 20 à 60 mg et sertraline à la posologie journalière de 50 à 200 mg) et les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (venlafaxine à la

posologie journalière de 75-300 mg) [55]. Les α -bloquant (prazosine, clonidine) ont fait preuve d'efficacité spécifiquement sur les cauchemars traumatiques dans plusieurs études mais leur efficacité reste débattue [50,55].

En phase aiguë, l'hydroxyzine reste un traitement de choix. Son utilisation n'est cependant pas recommandée de façon systématique. Enfin, la prescription de benzodiazépines doit être évitée à tous les stades de la prise en charge.

2.8. Jean-Pierre Bouchard : En pratique, dans l'exercice au quotidien, comment cela se passe-t-il ?

Thomas Fovet, Clément Villa, Bettina Belet, Fanny Carton, Timothée Bauer, Suzanne Buyle-Bodin et Fabien D'Hondt. En résumé, la problématique est la suivante : comment proposer une prise en charge satisfaisante à des patients complexes, présentant des comorbidités multiples et évoluant dans un milieu insécure, marqué par des contraintes organisationnelles fortes faisant régulièrement obstacle à la mise en place de protocoles psychothérapeutiques intensifs [25,35] ?

Pour commencer, la demande initiale sera rarement axée sur le psychotraumatisme [13], l'exposition à des violences étant fréquemment banalisée en milieu carcéral. Les plaintes fonctionnelles mises en avant sont ainsi généralement centrées sur l'impulsivité, le motif d'incarcération, des symptômes thymiques ou une problématique addictologique. La mise en place d'une alliance et d'une relation thérapeutique sécurisée joue alors un rôle déterminant pour aborder l'histoire traumatique de la personne.

Cette étape de dépistage est fondamentale car elle va permettre au patient de cibler une origine à sa problématique, et donc d'accéder à une psychoéducation et à une première compréhension de ses comportements [45]. Des notions comme la fenêtre de tolérance de Spiegel sur la dissociation [46], le fonctionnement de la mémoire, ou la vulgarisation de certains cadres théoriques (théorie des cadres relationnels [7], modèle de conditionnement de Mowrer [42], etc.) sont précieux pour fournir de premiers outils de compréhension au patient.

Outre ces éléments de psychoéducation, la phase initiale de stabilisation va également s'appuyer sur des techniques d'ancrage, la méditation pleine-conscience et l'acceptation, ou les exercices de respiration. Cette liste est loin d'être exhaustive : l'objectif est de redonner au patient un sentiment de contrôle et de sécurité « ici et maintenant » [10].

Une fois cette étape de stabilisation achevée, un travail centré sur le trauma peut être entamé. Celui-ci n'est possible qu'une fois la chronologie des événements traumatiques et de leur impact précisément établie. Cette hiérarchisation permettra de planifier le retraitement de chacun des événements identifiés.

La souplesse et l'expérience du thérapeute joueront ensuite un rôle primordial pour adapter le rythme des séances à la charge anxieuse du patient, voire de suspendre le retraitement si une instabilité trop importante s'installe. Ici, les contraintes de l'environnement pénitentiaire constituent une difficulté supplémentaire. Comme pour toute pathologie chronique, il conviendra de favoriser le maintien d'un lien thérapeutique tout en adaptant le suivi aux aléas pénitentiaires (transfèrements, absences en consultation, jugements, etc.). Certaines périodes comme l'abandon d'une libération ou d'un procès demanderont une vigilance particulière, voire indiqueront de reporter certaines étapes du traitement.

Malgré les difficultés inhérentes au travail en milieu carcéral, l'intervention conjointe et coordonnée des équipes de soins somatiques (gynécologues, kinésithérapeutes, psychomotriciens, infirmiers), psychiatriques (psychiatres, psychologues, infirmiers, éducateurs et assistants de service social) et addictologiques permet parfois un travail intégratif et pluridisciplinaire au sein de

la prison. Ce travail peut également être coordonné au niveau des trois niveaux de soins disponibles en milieu pénitentiaires (ambulatoire, hospitalisation de jour et hospitalisation temps plein) permettant un réaménagement permanent du cadre de soin visant à rester au plus près des besoins du patient tout au long de l'accompagnement.

Afin d'illustrer ce propos, le témoignage d'une personne détenue ayant bénéficié d'un suivi pour un TSPT diagnostiqué en milieu pénitentiaire, recueilli par le CN2R, est accessible en ligne (https://www.youtube.com/watch?v=4mwSx9zj4xk&ab_channel=CN2ROfficiel).

2.9. Jean-Pierre Bouchard: A-t-on une idée des pratiques actuelles au sein des unités sanitaires en milieu pénitentiaire ?

Thomas Fovet, Clément Villa, Bettina Belet, Fanny Carton, Timothée Bauer, Suzanne Buyle-Bodin et Fabien D'Hondt. Nous avons réalisé tout récemment une évaluation des pratiques en proposant aux soignants des unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP) des Hauts-de-France de répondre à un questionnaire en ligne. Nous avons recueilli les réponses de 60 soignants (dont environ un tiers de psychologues, un tiers d'infirmiers et un tiers de médecins) exerçant au sein de 15 des 17 établissements pénitentiaires de la région.

Au total, bien que 70 % des répondants rapportent que les situations cliniques de psychotraumatisme sont fréquentes en pratique quotidienne, seuls 15 % des répondants (en majorité des psychologues) déclarent avoir bénéficié d'une formation spécifiquement dédiée à cette problématique. Les prises en charge des troubles liés aux psychotraumatismes sont identifiées comme difficiles par 90 % des répondants, et plus difficiles qu'en milieu libre par 70 % d'entre eux. La nécessité de formations spécifiques est unanimement pointée.

La recherche de l'exposition à un événement traumatique antérieur lors de l'évaluation des arrivants en détention n'est systématique que pour 15 % des professionnels interrogés. Pourtant, ce type de repérage est jugé comme utile par 42 % des répondants, avec des avantages perçus en termes d'accès rapide à une prise en charge adaptée. A noter toutefois que 30 % des répondants se montrent en désaccord avec un tel travail de repérage dès l'entrée en détention, soulignant la perte des repères, la multiplicité des interlocuteurs ainsi que la crainte d'un effet délétère pour la personne. Dans ce cas, un repérage systématique de l'exposition à un événement traumatique au cours du suivi est préconisé, ainsi qu'un dépistage systématique des symptômes de TSPT (réalisé, en pratique, par près de la moitié des professionnels de l'échantillon).

Enfin, environ deux tiers des répondants rapportent qu'une prise en charge spécifique du TSPT est proposée au sein de leur USMP, en général sur un mode individuel mais parfois aussi groupal, ce qui permet en milieu carcéral d'optimiser les ressources disponibles dans un contexte de faible densité de soignants. Cette approche groupale permet également un développement de compétences relationnelles là où les traumatismes précoces et répétés ont parfois rendu difficile l'entrée dans une relation interpersonnelle sécurisée et empathique.

2.10. Jean-Pierre Bouchard : Finalement, est-il possible de prendre en charge le TSPT en prison ?

Thomas Fovet, Clément Villa, Bettina Belet, Fanny Carton, Timothée Bauer, Suzanne Buyle-Bodin et Fabien D'Hondt. Comme nous l'avons souligné tout au long de cet entretien, il existe de nombreux freins au traitement optimal d'un TSPT en milieu carcéral.

D'abord, l'accès aux soins est problématique dans de nombreux établissements du fait de problèmes d'effectifs chez les soignants

[15] mais également de contraintes organisationnelles (durée limitée des créneaux de consultations, blocage fréquent des mouvements par l'administration pénitentiaire, superposition des créneaux de consultations et des temps de parler ou de travail générant de l'absentéisme, etc.) pouvant entraver le bon déroulement des psychothérapies.

Ensuite, la nature même du milieu carcéral, pourvoyeur de multiples facteurs de stress et privant parfois la personne détenue de tout soutien social, questionne également l'efficacité à moyen et long terme des psychothérapies réalisées en détention [53]. Ainsi, plusieurs auteurs ont pu mettre en avant la difficulté de commencer un travail centré sur le psychotraumatisme si le milieu n'est pas suffisamment sécurisé. Si ce traitement est entamé, il est impératif de s'assurer d'une expérience et d'une formation adaptée du thérapeute et d'un engagement suffisant du patient dans les soins, de commencer le travail d'exposition chez des patients stabilisés et de travailler parallèlement sur le contrôle des comorbidités addictologiques et psychiatriques.

En dehors du travail centré sur le trauma, plusieurs actions nous apparaissent indispensables pour les patients rapportant un ou plusieurs événements traumatiques : (1) une psychoéducation et (2) un travail centré sur la stabilisation des symptômes les plus invalidants. Il nous paraît particulièrement intéressant de commencer l'accroche avec le patient autour de ces éléments, y compris en prison. Les bénéfices thérapeutiques constitueront ensuite une excellente porte d'entrée vers des soins au long cours, y compris en cas de transfèrement ou de libération.

Enfin, l'amélioration de la prise en charge du TSPT en prison ne pourra se faire qu'au prix d'une réflexion sur les modalités de prévention du psychotraumatisme en milieu carcéral. Ceci implique un travail articulé avec l'administration pénitentiaire afin d'améliorer le signalement des personnes exposées pour une prise en charge précoce par les personnels soignants mais aussi et surtout afin de limiter l'exposition aux événements traumatiques en prison. La prise en compte du psychotraumatisme dans les établissements pénitentiaires a ainsi conduit certains pays comme les États-Unis, le Canada ou l'Angleterre à déployer des stratégies simples visant à limiter le risque de réexposition traumatique liée à l'environnement carcéral (on parle de « *trauma-informed correctional care* ») [40]. Ce type d'aménagement a permis une réduction de 62 % des violences des personnes détenues envers le personnel pénitentiaire, et de 54 % des violences des personnes détenues entre elles dans une prison pour femme de l'Illinois. Le nombre de tentatives de suicide a également été réduit de 60 % au sein de cet établissement [9]. Il nous semble aujourd'hui indispensable d'entamer cette réflexion pour les établissements pénitentiaires français.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Aebi M, Mohler-Kuo M, Barra S, Schnyder U, Maier T, Landolt MA. Posttraumatic stress and youth violence perpetration: a population-based cross-sectional study. *Eur Psychiatry* 2017;40:88–95. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.08.007>.
- [2] Al Joboory S, Soulan X, Lavandier A, Bouchard JP. Les traumatismes psychologiques de l'adulte (2/2). *Rev Infirm* 2020;69:36–8. [http://dx.doi.org/10.1016/S1293-8505\(20\)30185-8](http://dx.doi.org/10.1016/S1293-8505(20)30185-8).
- [3] Al Joboory S, Soulan X, Lavandier A, Bouchard JP. Les traumatismes psychologiques de l'adulte (1/2). *Rev Infirm* 2020;69:41–3. <http://dx.doi.org/10.1016/j.revinf.2020.02.016>.
- [4] Al Joboory S, Soulan X, Lavandier A, Saint Jammes JT, Dieu E, Sorel O, et al. Psychotraumatologie : prendre en charge les traumatismes psychiques. *Ann Med Psychol* 2019;177:717–27. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2019.07.002>.
- [5] 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. *SMQ* 2016;41:251–65. <http://dx.doi.org/10.7202/1036974ar>.

- [6] Badenes-Ribera L, Molla-Esparza C, Longobardi C, Sánchez-Meca J, Fabris MA. Homicide as a source of posttraumatic stress? A meta-analysis of the prevalence of posttraumatic stress disorder after committing homicide. *J Trauma Stress* 2021;34:345–56. <http://dx.doi.org/10.1002/jts.22630>.
- [7] Barnes-Holmes Y, Hayes SC, Barnes-Holmes D, Roche B. *Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian Account of Human Language and Cognition*. In: Reese HW, Kail R, editors. *Advances in Child Development and Behavior*. JAI. 2001. p. 101–38.
- [8] Belet B, D'Hondt F, Horn M, Amad A, Carton F, Thomas P, et al. Post-traumatic stress disorder in prison. *Encephale* 2020;46:493–9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2020.04.017>.
- [9] Benedict A. *Using Trauma-Informed Practices to Enhance Safety and Security in Women's Correctional Facilities*. National Resource Center on Justice Involved Women; 2014. p. 23.
- [10] Boyd JE, Lanius RA, McKinnon MC. Mindfulness-based treatments for post-traumatic stress disorder: a review of the treatment literature and neurobiological evidence. *JPN* 2018;43:7–25. <http://dx.doi.org/10.1503/jpn.170021>.
- [11] Chung MC, Di X, Wan KH. Past trauma, alexithymia, and posttraumatic stress among perpetrators of violent crime. *Traumatology* 2016;22:104–12. <http://dx.doi.org/10.1037/trm0000066>.
- [12] Cloitre M, Courtois CA, Charuvastra A, Carapezza R, Stolbach BC, Green BL. Treatment of complex PTSD: results of the ISTSS expert clinician survey on best practices: treatment of complex PTSD. *J Trauma Stress* 2011;24:615–27. <http://dx.doi.org/10.1002/jts.20697>.
- [13] Courtney D, Maschi T. Trauma and stress among older adults in prison: breaking the cycle of silence. *Traumatology* 2013;19:73–81. <http://dx.doi.org/10.1177/1534765612437378>.
- [14] De Jongh A, Resick PA, Zoellner LA, van Minnen A, Lee CW, Monson CM, et al. Critical analysis of the current treatment guidelines for complex ptsd in adults. *Depress Anxiety* 2016;33:359–69. <http://dx.doi.org/10.1002/da.22469>.
- [15] Eck M, Plancke L, Horn M, Amad A, Thomas P, Fovet T. Offre de soins et recours aux hospitalisations psychiatriques en milieu pénitentiaire: une étude observationnelle dans le Nord de la France. *Rev Epidemiol Sante Publ* 2020;68:273–81. <http://dx.doi.org/10.1016/j.respe.2020.06.005>.
- [16] Elbogen EB, Johnson SC, Wagner HR, Sullivan C, Taft CT, Beckham JC. Violent behaviour and post-traumatic stress disorder in US Iraq and Afghanistan veterans. *Br J Psychiatry*. *Br J Psychiatry* 2014;204:368–75. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.113.134627>.
- [17] Facer-Irwin E, Blackwood NJ, Bird A, Dickson H, McGlade D, Alves-Costa F, et al. PTSD in prison settings: a systematic review and meta-analysis of comorbid mental disorders and problematic behaviours. *PLoS One* 2019;14. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0222407>. e0222407.
- [18] Facer-Irwin E, Karatzias T, Bird A, Blackwood N, MacManus D. PTSD and complex PTSD in sentenced male prisoners in the UK: prevalence, trauma antecedents, and psychiatric comorbidities. *Psychol Med* 2021;1–11. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291720004936>.
- [19] Facer-Irwin E, Karatzias T, Bird A, Blackwood N, MacManus D. PTSD and complex PTSD in sentenced male prisoners in the UK: prevalence, trauma antecedents, and psychiatric comorbidities. *Psychol Med* 2021;1–11. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291720004936>.
- [20] Falissard B, Loze J-Y, Gasquet I, Duburc A, de Beaupreire C, Fagnani F, et al. Prevalence of mental disorders in French prisons for men. *BMC Psychiatry* 2006;6:33. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-244X-6-33>.
- [21] Fazel S, Hayes AJ, Bartellas K, Clerici M, Trestman R. Mental health of prisoners: prevalence, adverse outcomes, and interventions. *Lancet Psychiatry* 2016;3:871–81. [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30142-0](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30142-0).
- [22] Fazel S, Seewald K. Severe mental illness in 33,588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. *Br J Psychiatry* 2012;200:364–73. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.111.096370>.
- [23] Fovet T, Amad A, Adins C, Thomas P. Psychotropic drugs in prison. *Presse Med* 2014;43:520–8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.lpm.2013.08.005>.
- [24] Fovet T, Eck M, Bouchard JP. De quels troubles psychiatriques souffrent les personnes détenues en France ? *Ann Med Psychol* 2022;180:970–7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2022.08.008>.
- [25] Fovet T, Horn M, Thomas P, Amad A. Is prison truly a good place to be cared for? *Acta Psychiatr Scand* 2019;139:206–7. <http://dx.doi.org/10.1111/acps.12985>.
- [26] Fovet T, Plancke L, Amariei A, Benradia I, Carton F, Sy A, et al. Mental disorders on admission to jail: a study of prevalence and a comparison with a community sample in the north of France. *Eur Psychiatry* 2020;63. <http://dx.doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.38>. e43.
- [27] Fovet T, Thomas P, Amad A. Psychiatrie en milieu pénitentiaire : une sémiologie à part? *Ann Med Psychol* 2015;173:726–30. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2015.07.033>.
- [28] Fovet T, Wathelet M, Amad A, Horn M, Belet B, Benradia I, et al. Trauma exposure and PTSD among men entering jail: A comparative study with the general population. *J Psychiatr Res* 2022;145:205–12. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.12.014>.
- [29] Fovet T, Wathelet M, Amad A, Horn M, Belet B, Roelandt J-L, et al. PTSD in prison settings: the need for direct comparisons with the general population. *Psychol Med* 2021;1–3. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291721000507>.
- [30] 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. *The J Forensic Psychiatr Psychol* 2003;14:27–43. <http://dx.doi.org/10.1080/1478994031000074289>.
- [31] Hagan BO, Wang EA, Aminawung JA, Albizu-Garcia CE, Zaller N, Nyamu S, et al. Transitions Clinic Network (2018) history of solitary confinement is associated with post-traumatic stress disorder symptoms among individuals recently released from prison. *J Urban Health* 2003;95:141–8. <http://dx.doi.org/10.1007/s11524-017-0138-1>.
- [32] Hamner MB. Psychotic Symptoms in Posttraumatic Stress Disorder. *FOC* 2011;9:278–85. <http://dx.doi.org/10.1176/foc.9.3.foc278>.
- [33] Juwariah T, Suhariadi F, Soedirham O, Priyanto A, Setiyorini E, Siskaningrum A, et al. Childhood adversities and mental health problems: a systematic review. *J Public Health Res* 2022;11. <http://dx.doi.org/10.1177/22799036221106613>. 22799036221106612.
- [34] 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;47:2260–74. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291717000708>.
- [35] Levenson JS, Willis GM. Implementing trauma-informed care in correctional treatment and supervision. *J Aggress Traumat Trauma* 2019;28:481–501. <http://dx.doi.org/10.1080/10926771.2018.1531959>.
- [36] Macmanus D, Dean K, Al Bakir M, Iversen AC, Hull L, Fahy T, et al. Violent behaviour in U.K. military personnel returning home after deployment. *Psychol Med* 2012;42:1663–73. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291711002327>.
- [37] Maercker A, Cloitre M, Bachem R, Schlumpf YR, Khoury B, Hitchcock C, et al. Complex post-traumatic stress disorder. *The Lancet* 2022;400:60–72. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00821-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00821-2).
- [38] Malik N, Facer-Irwin E, Dickson H, Bird A, MacManus D. The effectiveness of trauma-focused interventions in prison settings: a systematic review and meta-analysis. *Trauma Violence Abuse* 2021. <http://dx.doi.org/10.1177/15248380211043890>. 152483802110438.
- [39] McKay MT, Cannon M, Chambers D, Conroy RM, Coughlan H, Dodd P, et al. Childhood trauma and adult mental disorder: a systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Acta Psychiatr Scand* 2021;143:189–205. <http://dx.doi.org/10.1111/acps.13268>.
- [40] Miller NA, Najavits LM. Creating trauma-informed correctional care: a balance of goals and environment. *European Journal of Psychotraumatology* 2012;3:17246. <http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v3i0.17246>.
- [41] Morgan C, Gayer-Anderson C. Childhood adversities and psychosis: evidence, challenges, implications. *World Psychiatry* 2016;15:93–102. <http://dx.doi.org/10.1002/wps.20330>.
- [42] Mower OH. Two-factor learning theory: summary and comment. *Psychol Rev* 1951;58:350–4. <http://dx.doi.org/10.1037/h0058956>.
- [43] Papanastassiou M, Waldron G, Boyle J, Chesterman LP. Post-Traumatic stress disorder in mentally ill perpetrators of homicide. *J Forensic Psychiatr Psychol* 2004;15:66–75. <http://dx.doi.org/10.1080/14789940310001630419>.
- [44] Sadeh N, McNeil DE. Posttraumatic Stress Disorder increases risk of criminal recidivism among justice-involved persons with mental disorders. *Crim Just Behav* 2015;42:573–86. <http://dx.doi.org/10.1177/0093854814556880>.
- [45] Schnyder U, Ehlers A, Elbert T, Foa EB, Gersons BPR, Resick PA, et al. Psychotherapies for PTSD: what do they have in common? *Eur J Psychotraumatol* 2015;6:28186. <http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v6i0.28186>.
- [46] Siegel DJ. *The developing mind: how relationships and the brain interact to shape who we are*, 3rd ed., New York: Guilford Press; 2020.
- [47] Soulan X, Lavandier A, Al Joboory S, Brilland S, Bouchard JP. Les traumatismes psychologiques de l'adolescent. *Rev Infirm* 2020;69:34–6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.revinf.2020.01.010>.
- [48] Soulan X, Lavandier A, Al Joboory S, Bouchard JP. Les traumatismes psychologiques de l'enfant. *Rev Infirm* 2019;68:37–9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.revinf.2019.10.012>.
- [49] Trevillion K, Williamson E, Thandi G, Borschmann R, Oram S, Howard LM. A systematic review of mental disorders and perpetration of domestic violence among military populations. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2015;50:1329–46. <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-015-1084-4>.
- [50] Waltman SH, Shearer D, Moore BA. Management of Post-Traumatic Nightmares: a Review of Pharmacologic and Nonpharmacologic Treatments Since 2013. *Curr Psychiatry Rep* 2018;20:108. <http://dx.doi.org/10.1007/s11920-018-0971-2>.
- [51] Wolff N, Shi J. Childhood and Adult Trauma Experiences of Incarcerated Persons and Their Relationship to Adult Behavioral Health Problems and Treatment. *Int J Environ Res Publ Health* 2012;9:1908. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph9051908>.
- [52] Wolff N, Shi J, Siegel JA. Patterns of victimization among male and female inmates: evidence of an enduring legacy. *Violence Victims* 2009;24:469–84. <http://dx.doi.org/10.1891/0886-6708.24.4.469>.
- [53] Yoon IA, Slade K, Fazel S. Outcomes of psychological therapies for prisoners with mental health problems: A systematic review and meta-analysis. *J Consult Clin Psychol* 2017;85:783–802. <http://dx.doi.org/10.1037/ccp000214>.
- [54] *Post-traumatic stress disorder*. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2018.
- [55] VA/DOD Clinical Practice Guideline for the Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder: Clinician Summary. *Focus (Am Psychiatr Publ)* 2018;16:430–48. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.focus.16408>.
- [56] The association between trauma experienced during incarceration and PTSD outcomes: a systematic review and meta-analysis. *J Forensic Psychiatr Psychol* Vol 30, No 5. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14789949.2019.1639788?journalCode=rjfp20>. Accessed 19 Oct 2022.