Recherche et caractérisation des pathologies psychiatriques au centre pénitentiaire de Rémire-Montjoly, Guyane française

Romain Arnal

▶ **To cite this version:**

Romain Arnal. Recherche et caractérisation des pathologies psychiatriques au centre pénitentiaire de Rémire-Montjoly, Guyane française. Psychiatrie et santé mentale. 2016. dumas-01448403

HAL Id: dumas-01448403

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01448403

Submitted on 27 Jan 2017

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

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

UNIVERSITE DES ANTILLES
2016
FACULTE DE MEDECINE
HYACINTHE BASTARAUD

RECHERCHE ET CARACTERISATION DES PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES AU CENTRE PENITENTIAIRE DE REMIRE-MONTJOLY, GUYANE FRANÇAISE

THESE
Présentée et soutenue publiquement
Le 08 septembre 2016

Pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MEDECINE

Par
Romain ARNAL

Sous la direction de Mr le Professeur Louis JEHEL

Examinateurs de la thèse :
Mr le Professeur Aimé CHARLES-NICOLAS (Président)
Mr le Professeur Bruno FALISSARD
Mr le Professeur Louis JEHEL
Mr le Professeur Matthieu NACHER

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE HYACINTHE BASTARAUD

Nom	Prénom	Grade	Spécialité	Centre hospitalier d'affectation
ARFI	**Serge**	PUPH	Médecine interne	CHU de Martinique
AZNAR	**Christine**	MCUPH	Parasitologie	CH de Cayenne
BEAUCAIRE	**Gilles**	PUPH	Maladies infectueuses	CHU de Pointe à Pitre
BLANCHET	**Pascal**	PUPH	Urologie	CHU de Pointe à Pitre
CABIE	**André**	PUPH	Maladies infectueuses	CHU de Martinique
CABRE	**Philippe**	PUPH	Neurologie	CHU de Martinique
CARME	**Bernard**	PUPH	Parasitologie	CH de Cayenne
CESAIRE	**Raymond**	PUPH	Bactériologie-Virologie-Hygiène option virologie	CHU de Martinique
COUPPIE	**Pierre**	PUPH	Dermato-vénérologie	CH de Cayenne
DABADIE	**Philippe**	PUPH	Anesthésiologie	CHU de Pointe-à-Pitre
DAVID	**Thierry**	PUPH	Ophtalmologie	CHU de Pointe à Pitre
DELIGNY	**Christophe**	MCUPH	Gériatrie et bilologie du viellissement	CHU de Martinique
DUEYMES-BODENES	**Maryvonne**	PUPH	Immunologie	CHU de Martinique
DUFLO	**Suzy**	PUPH	ORL	CHU de Pointe à Pitre
DUVAUFERRIER	**Régis**	PUPH	Radiologie et Imagerie médicale	CHU de Martinique
GANE-TROPLENT	**Franciane**	MCA	Médecine générale	
GARSAUD	**Philippe**	MCUPH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention	CHU de Martinique
HELENE-PELAGE	**Jeannie**	PU associée	Médecine générale	CHU de Pointe à Pitre
HOEN	**Bruno**	PUPH	Maladies infectueuses	CHU de Pointe-à-Pitre
INAMO	**Jocelyn**	MCUPH	Cardiologie	CHU de Martinique
JANKY	**Eustase**	PUPH	Gynécologie-Obstétrique	CHU de Pointe à Pitre
JEAN-BAPTISTE	**Georges**	PUPH	Rhumatologie	CHU de Martinique
JEHEL	**Louis**	PUPH	Psychiatrie adultes	CHU de Martinique
LANNUZEL	**Annie**	PUPH	Neurologie	CHU de Pointe-à-Pitre
LALANNE-MISTRIH	**Marie-Laure**	MCUPH	Nutrition	CHU de Pointe-à-Pitre
NACHER	**Mathieu**	PUPH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention	CHU de Pointe-à-Pitre
ROQUES	**François**	PUPH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	CHU de Martinique
ROUDIE	**Jean**	PUPH	Chirurgie Digestive	CHU de Martinique
ROUVILLAIN	**Jean-Louis**	PUPH	Chirurgie orthopédique	CHU de Martinique
SMADJA	**Didier**	PUPH	Neurologie	CHU de Martinique
UZEL	**André-Pierre**	PUPH	Anatomie-Chirurgie Orthopédique-Traumatologie	CHU de Pointe à Pitre
VELAYOUDOM épse CEPHISE	**Fritz-Line**	MCUPH	Endocrinologie	CHU de Pointe-à-Pitre
WARTER	**André**	PUPH	Anatomie-pathologie	CHU de Martinique

Remerciements

Un grand merci à toute l'équipe de psychiatrie du Centre Pénitentiaire de Rémire-Montjoly sans qui cette thèse n'aurait pas vu le jour. Je leur suis très reconnaissant pour leur accueil, leur gentillesse et l'intérêt immédiat qu'ils ont manifesté pour mes travaux.

Je remercie également l'administration pénitentiaire, au travers de ses surveillants et de sa direction, pour avoir grandement facilité ce travail de recherche.

Merci enfin aux nombreux détenus qui ont accepté de participer au recueil de données.

Remerciements

Professeur Aimé CHARLES-NICOLAS. Je vous remercie d'avoir accepté de présider ce jury de thèse. Merci de votre disponibilité et de votre patience dans l'organisation de cette soutenance. Soyez assuré de mon profond respect.

Professeur Louis JEHEL. Je vous remercie d'avoir accepté de diriger ma thèse. Je vous suis reconnaissant pour votre aide, votre soutien et votre encadrement lors sa réalisation. Ce travail marque la fin de mon cursus d'étudiant et je suis fier d'avoir compté parmi vos élèves.

Professeur Bruno FALISSARD. Je vous remercie pour m'avoir initié à la recherche et pour avoir aiguisé ma curiosité aux différentes façons de l'envisager. Votre rencontre a été déterminante pour moi, veuillez recevoir l'expression de ma plus profonde gratitude.

Professeur Mathieu NACHER. Je vous remercie d'avoir encadré mes travaux au sein du CIC et d'avoir permis le développement de cette étude. Merci de votre aide dans la conception du protocole de cette thèse.

Docteur Celia BASURKO. Je te remercie pour avoir encadré mes travaux à leur commencement. Tu as cru immédiatement à ce projet et m'a aidé à le porter, sois assuré de ma reconnaissance.

Docteur Catherine MARCHAND. Je vous remercie pour vos relectures patientes et attentives de ce manuscrit.

Docteur Jérôme LACOSTE. Je vous remercie pour vos conseils avisés dans la rédaction de cette thèse.

Remerciements

Mes parents, merci pour votre soutien lors de ces trop longues études, sans vous j'aurais laissé tomber depuis bien longtemps !
Mon frère, rien ne me réjouis plus que ta compagnie, te savoir loin est la seule ombre sous les tropiques.

Mes amis de longue date, Paul, Gautier, Jean-Victor, Raphaël et Sylvain. Merci pour ces beaux souvenirs et tous ceux à venir. Oui je suis loin, oui je donne peu de nouvelles, mais je pense à vous chaque jour !

Mes amis martiniquais natifs ou d'adoption, merci pour votre accueil, merci pour votre bonne humeur qui me fait me sentir chez moi loin de chez moi. Marc, Diane et Luc, merci très sincèrement pour votre aide dans notre installation et pour tous les bons moments passés ensemble.

Monia, ta rencontre a changé ma vie. Je dédie cette thèse à tout ce qui nous reste de beau à vivre ensemble.

Plan

1. Préambule 9
2. Introduction 13
3. Méthodologie 15
Population et Intervention 15
Analyse statistique 17
Aspects et éthiques et réglementaires 18
4. Résultats 19
Données sociodémographiques et judiciaires 19
Repérage des pathologies psychiatriques : résultats du MINI 22
5. Discussion 24
Interprétation des résultats 24
Comparaison des résultats 32
Forces et faiblesses de l'étude 38
Perspectives 40
6. Conclusion 41
7. Bibliographie 43
8. Annexes 48
Annexe I : Fiche d'accueil de l'arrivant 48
Annexe II : MINI 5.0 51

Abréviations

CPRM Centre Pénitentiaire de Rémire-Montjoly

EDM Episode Dépressif Majeur

MINI Mini International Neuropsychiatric Interview

RCPP-CPRM Recherche et Caractérisation des Pathologies Psychiatriques au CPRM

SMPG Santé Mentale en Population Générale

TAG Trouble Anxieux Généralisé

TSPT Trouble de Stress Post Traumatique

UCSA Unité de consultation et de soins ambulatoires

UFPI Unité Fonctionnelle de Psychiatrie Intra Carcérale

1. Préambule

Le 22 janvier 1840, la colonie pénitentiaire de Mettray ouvre ses portes. Au fronton de son portail d'entrée, on peut y lire la maxime : « Mieux vaut prévenir que réprimer ». Situé dans une petite localité d'Indre-et-Loire, cet établissement d'un nouveau genre était destiné à réhabiliter de jeunes détenus âgés de moins de 16 ans. Il aura, pendant ses cent années d'existence, vu passer pas moins de 17000 enfants et aura à de nombreuses reprises alimenté le débat national, plusieurs fois visé par des campagnes de presse contre « les bagnes d'enfants ».

Jean GENET l'évoque dans le *« Miracle de la Rose », « Chaque paysan touchant une prime de cinquante francs par colon évadé qu'il ramenait, c'est une véritable chasse à l'enfant, avec fourches, fusils et chiens qui se livrait jour et nuit dans la campagne de Mettray ».*

Mettray combinait à la fois éducation civique, religieuse, travaux agricoles et discipline militaire en un « modèle où se concentrent toutes les technologies coercitives du comportement ». Si la date du 22 janvier 1840 est importante, c'est parce que selon Michel FOUCAULT, elle marque la date à laquelle s'achève la formation du système pénal moderne et par là même la *Naissance de la Prison* (1).

Figure 1 Buanderie de la colonie agricole de Mettray

Cette conception nouvelle de la détention trouve son origine dans les travaux de plusieurs intellectuels et politiciens, parmi lesquels Alexis DE TOCQUEVILLE, qui se rend aux Etats-Unis en 1831 pour y étudier le système pénitentiaire et en rapporte les « *Écrits sur le système pénitentiaire en France et à l'étranger »* (2). DE TOCQUEVILLE défend les vertus moralisatrices de l'isolement. *« Jeté dans la solitude le condamné réfléchit. Placé seul en présence de son crime il apprend à le haïr, et si son âme n'est pas encore blessée par le mal, c'est dans l'isolement que le remords viendra l'assaillir. »* Mais il est également un fervent défenseur de l'apprentissage professionnel et du travail en détention.

Dès 1829, Louis-Pierre BALTARD, architecte du Panthéon et également de nombreuses prisons françaises, définit la prison comme devant être un « appareil disciplinaire exhaustif », devant prendre en charge tous les aspects de l'individus « son dressage physique, son aptitude au travail, sa conduite quotidienne, son attitude morale, ses dispositions […] » (3).

Selon Michel FOUCAULT dans *« Surveiller et Punir »*, la prison est aussi le lieu de la *Surveillance*, la *Transformation* des individus n'allant pas sans une observation rigoureuse des détenus. Ainsi, il parle de *« lieu de formation pour un savoir clinique sur les condamnés »* (1). Le milieu carcéral doit apprendre de lui-même, constituer des bases de données et développer une approche scientifique à l'image de la médecine. Cette connaissance des inclinaisons, du comportement et des évolutions de chaque individu est utile à leur *redressement moral* et également au maintien de leur équilibre psychique.

L'image du Panoptique, standard architectural des prisons depuis les travaux de Jeremy BENTHAM (1748-1832) qui permet la visibilité de chaque détenu à tout moment, illustre l'idéal d'une surveillance permanente des comportements et des dispositions psychiques qui les sous-tendent.

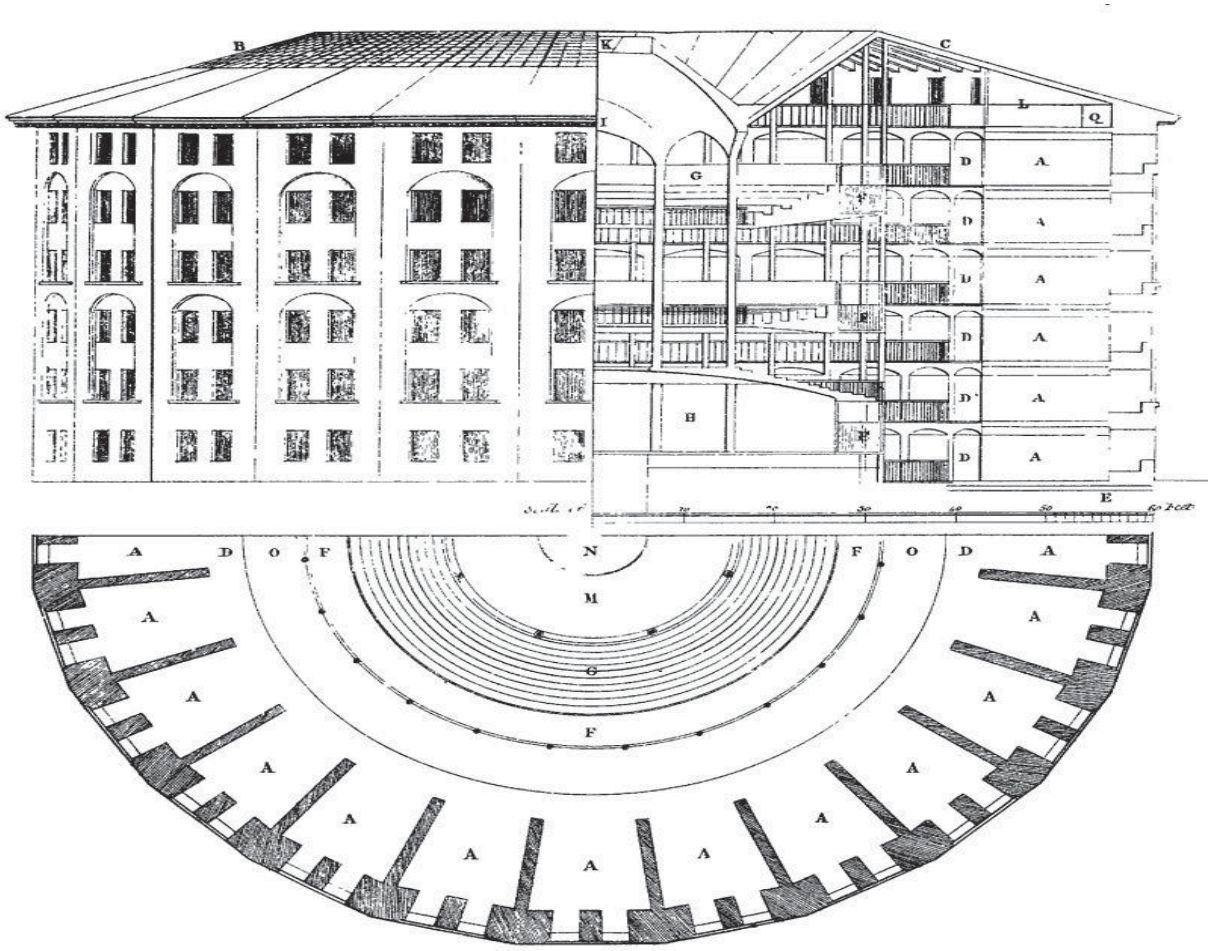

Figure 2 Représentation du panoptique de Bentham

Ainsi, *« Surveiller et Punir »* développe l'avènement d'une prise en charge globale de l'individu en détention, la prison dite *moderne* remplissant la fonction ambitieuse *« d'appareil à transformer les individus ».* Cette notion est encore très sensible aujourd'hui et de nombreux détracteurs du système pénitentiaire actuel argumentent du fait que la prison ne devrait être qu'une simple privation de liberté.

En 2016, le constat d'échec (4) dont atteste non seulement l'engorgement des prisons par des détenus récidivistes voire multirécidivistes, mais aussi les multiples condamnations de la France par la Cour Européenne des droits de l'homme (5) propulse à nouveau ces questions dans le débat public.

Dans « Histoire de la folie à l'âge classique » (6) Michel FOUCAULT décrit bien les rapports complexes qu'entretiennent le milieu pénitentiaire et la psychiatrie. « *La violence qui est au centre de l'acte, est tour à tour ce qui signifie la folie et ce qui justifie un châtiment rigoureux.*

Aliénation et crime tournent autour de ce thème instable, dans une relation confuse de complémentarité, de voisinage, et d'exclusion. »

Le concept de *Dangerosité*, d'actualité du fait des récents évènements terroristes, est au croisement du discours pénal et du discours psychiatrique. Cette notion a fait son entrée officielle dans le droit pénal français à l'occasion de la loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental (7). Le concept de dangerosité renvoie à une éventualité incertaine, celle d'une menace, source potentielle de dommages pour l'homme ou la collectivité, impliquant une prédiction, celle de la possibilité qu'un individu puisse se livrer à un acte violent (8).

La confusion entre maladie mentale et dangerosité n'est jamais loin et c'est en ce sens que plusieurs psychiatres, dont Jean-Louis SENON (9), attirent l'attention sur les risques soulevés par ce concept : « *L'Assimilation de la dangerosité avec la maladie mentale, la mise en cause des prises en charge et de leur continuité, et surtout la prise en compte de l'opinion publique pour justifier le refus de l'aléa et du risque dans une société de risque zéro : le contexte est posé et le populisme pénal comme l'utopie sécuritaire sont légitimés par les peurs citoyennes* ».

La concomitance des soins psychiatriques et de l'enfermement est une idée nouvelle. « *Jadis on soignait à l'Hôtel-Dieu et l'on enfermait à Bicêtre* » (6).

Il faut attendre 1927 pour voir la création du premier centre d'examen psychiatrique en détention à Loos-les-Lilles. En 1945 la Charte de la Réforme pénitentiaire de P. AMOR préconise la mise en place dans chaque établissement pénitentiaire d'un service social et médico-psychologique. L'administration pénitentiaire commence alors à recruter psychiatres et infirmiers de secteur psychiatrique.

Aujourd'hui, dans le cadre du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire, on compte 28 SMPR (Service Médico-Psychologique Régional), dont trois dans les DOM (Réunion, Martinique, Guadeloupe), qui assurent les soins psychiatriques des détenus sur l'ensemble du territoire français. En Guyane, il n'existe pas de SMPR proprement dit mais une « unité de psychiatrie intracarcérale ».

2. Introduction

L´intérêt accordé à la prévalence des maladies psychiatriques auprès des dix millions de personnes incarcérées dans le monde a considérablement augmenté ces quinze dernières années (10). En France, grâce à des études d´abord généralistes (11), puis plus spécifiques (12,13), un profil psychiatrique des détenus se dessine.

L'étude menée en 2003 et 2004 dans les prisons françaises par FALISSARD et al. (13) a montré une prévalence de 27,4 % de troubles psychiatriques cliniquement significatifs chez les détenus. 4.9% de tentatives de suicide dans le mois passé sont retrouvés dans la même population. Cette étude menée à la demande des Ministères de la Santé et de la Justice utilise une méthodologie rigoureuse associant des diagnostics issus du DSM-IV à des diagnostics issus de l'expérience de cliniciens, et ses résultats font office de référence pour la santé mentale les détenus français.

Il y a en revanche peu de données disponibles concernant l'Outre-Mer, même si une étude de prévalence des pathologies psychiatriques a été menée à la prison de Ducos en Martinique, en utilisant la même méthodologie que l'étude de FALISSARD (données non publiées).

Une revue de la littérature de 2012 sur environ 33600 détenus dans 24 pays (14) conclue à 11.4% d'épisodes dépressifs majeurs et à 3.7% de psychose en détention. Les particularités locales des populations, ainsi que les différences dans les conditions d'incarcération et d'accès aux soins, font que ces résultats ne peuvent s'appliquer partout de la même manière.

L'intérêt de ces grandes études épidémiologiques est indicatif et ne peut orienter directement la prise en charge dans les établissements pénitentiaires. Les besoins spécifiques doivent être évalués localement, spécialement dans les établissements comme Rémire-Montjoly en Guyane Française où les détenus sont issus d'un important brassage de populations (Surinam, Guyana, Haïti).

Située entre le géant Brésilien et le Surinam, la Guyane Française fait figure d´exception culturelle. Son centre pénitentiaire, situé sur la commune de Rémire-Montjoly à 10 kms de Cayenne, abrite une population dont la psychopathologie n'a, jusqu'à ce jour, pas encore été décrite. Une recherche sur le moteur Pubmed avec les mots-clef ‘’French Guiana psych*’’ et ‘’French Guiana mental*’’ n'aboutit que sur trois articles en rapport avec la santé mentale en Guyane Française (15–17). Il est à noter que le plus récent de ces articles est daté de 1975 et qu'aucun de ces articles ne traite de psychiatrie carcérale. Une extension de la recherche aux

pays voisins permet d'identifier l´article de PONDE et al. (18) en 2011 qui au moyen d'outils validés (19) décrit la population carcérale de Salvador de Bahia. Il s´agit de la première étude de prévalence des maladies mentales en prison au Brésil.

En Guyane, les rapports de l´UCSA (Unité de consultation et de soins ambulatoires) mettent en avant une morbi-mortalité importante liée à des troubles psychiatriques, en particulier concernant le risque suicidaire. Entre janvier 2012 et janvier 2013, 3 détenus sont morts par suicide au centre pénitentiaire de Rémire-Montjoly (CPRM) (population autour de 650 détenus). Ces chiffres placent le CPRM nettement au-dessus de la moyenne nationale (113 suicidés pour 65000 détenus en France en 2011) (20). Ces données alarmantes et les particularités locales de l´exercice de la psychiatrie (les nombreuses langues parlées et la nécessité de travailler avec des médiateurs culturels devant la diversité des nationalités des détenus) ont imposé un repérage standardisé et rigoureux des pathologies psychiatriques dès l'arrivée des détenus.

S'inscrivant dans la lignée des repérages psychiatriques en milieu carcéral initiés en 1927 à Loos-les-Lilles (21), l'Unité Fonctionnelle de Psychiatrie Intra carcérale (UFPI) du CPRM a donc souhaité mettre en place des entretiens d'accueil systématiques, notamment en utilisant des outils validés dans la littérature scientifique (19), dans le but de mieux répondre à la *triple mission* de ces entretiens, soulignée par MANZANERA et al. en 2004: travail pré-thérapeutique d´éveil de la demande, évaluation psychiatrique et psychopathologique et information sur les possibilités de prise en charge intra et extra hospitalières (22).

3. Méthodologie

Population et Intervention

Cette thèse est une étude d'épidémiologie descriptive concernant les pathologies psychiatriques présentées par les détenus arrivants au CPRM. Les résultats présentés dans cette thèse constituent la base de données « RCPP-CPRM », ils ont été recueillis en deux temps

- L'étude Pilote, du 18/01/2013 au 18/09/2013, a permis d'ajuster la méthodologie et de tester la faisabilité de l'étude, ses résultats sont partiellement présentés dans *« Le trouble de stress post-traumatique parmi les détenus en centre pénitentiaire en Guyane française »* par R.Arnal, G.Ayhan, E. Pinganaud, C.Basurko et L.Jehel, paru dans le numéro 41 de la *Revue de Santé Mentale au Québec (41(1) :251 janvier 2016)*. 406 détenus ont été inclus dans le cadre de l'étude Pilote.

- L'étude « Recherche et Caractérisation des Pathologies Psychiatriques au CPRM : RCPP-CPRM » proprement dite a eu lieu du 19/09/2013 au 29/12/2014. Ses résultats sont en partie détaillés dans l'article *« Suicide risk among prisoners in French Guiana : prevalence and predictive factors »* par G.Ayhan, R Arnal, C.Basurko, V.About, A.Pastre, E.Pinganaud , D Sins, L.Jehel, B.Falissard et M.Nacher, soumis le 29/07/2016 à *BMC Psychiatry*. 707 détenus ont été inclus dans le cadre de cette étude.

Ces deux années de recueil de données diffèrent seulement par quelques points de méthodologie. Les informations suivantes ont été ajoutées au recueil de données en 2014 : antécédents psychiatriques familiaux, antécédent de traumatisme sexuel, décès dans la famille proche et séparation parentale.

A ces catégories supplémentaires s'ajoutent celles recueillies par l'UCSA, à savoir le type de stupéfiant consommé, la consommation de tabac et la présence éventuelle de pathologie somatique chronique.

La principale différence repose dans le mode de recueil du consentement. L'étude Pilote a mis à disposition des détenus des informations écrites sur l'étude (affichage et notice d'information) et a recueilli oralement la non-opposition tandis que l'étude « RCPP-CPRM » recueillait un consentement écrit pour chaque patient.

Les résultats exposés dans la présente thèse prennent la forme d'une étude d'épidémiologie descriptive sur les deux années de recueil, soit 1113 patients inclus.

Le recrutement des détenus pour cette étude s'est fait à l'UFPI lors de l'entretien de dépistage psychiatrique dont bénéficie tout détenu prévenu ou condamné, dans les 48 heures qui suivent son arrivée en maison d'arrêt ou en centre de détention au CPRM.

La date limite d'inclusion a été étendue à 15 jours après l'arrivée pour les détenus qui n'ont pas pu être inclus lors du dépistage (contraintes de temps).

En plus de la procédure habituelle d'admission des détenus et pour les besoins de notre étude, nous avons proposé la passation du Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) 5.0 (19), pour les détenus qui l'ont accepté. Il s'agit d'un entretien structuré validé permettant un diagnostic rapide des principales pathologies psychiatriques selon leur définition dans le DSM IV. Habituellement, cet outil est utilisé lors d'essais cliniques multicentriques, d'études épidémiologiques et à la recherche d'incidences en pratique clinique. Il est structuré pour permettre son utilisation par des non-spécialistes. Le MINI 5.0 comprend plusieurs modules correspondant chacun à une pathologie psychiatrique. Ces modules sont indépendants les uns des autres, pour chaque module une ou deux « questions-filtre » permettent d'écarter le diagnostic quand leur réponse et négative, ce qui fait du MINI un outil adapté pour les études épidémiologiques grâce à ses propriétés d'outil rapide mais précis. Le temps estimé de passation est de 15 minutes. Le MINI a été traduit et validé dans plusieurs langues, parmi lesquelles celles qui sont le plus couramment parlés en Guyane Française : Français, Anglais, Portugais, Néerlandais et Espagnol.

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

Un formulaire de dépistage standardisé a été rempli pour chaque détenu. Les infirmiers en charge de l'investigation ont tous reçu une formation à l'utilisation du MINI. Celle-ci comprenait un cours magistral, puis une mise en situation type « jeu de rôle », enfin, un encadrement individuel par un interne en psychiatrie a été mis en place pour chaque premier recueil.

Au cours de ces entretiens, des renseignements sur les professionnels du réseau médico-social intra carcéral et sur les modalités de prise en charge ont été apportés individuellement aux détenus. Des informations ont également été données sur les situations à risque devant inciter le détenu à consulter en début d'incarcération (essentiellement le sevrage de toxiques, l'idéation suicidaire et l'apparition d'une symptomatologie de choc carcéral).

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

Nous avons également recueilli des informations sociodémographiques (âge, lieu de naissance, lieu de résidence, langues parlées, statut familial, nombre d'enfants, nombre de frères et sœurs et position dans la fratrie, situation professionnelle), des informations carcérales déclaratives (motif de détention, nombre d'incarcérations précédentes) et des informations sur les antécédents psychiatriques rapportés par les patients.

Le taux de participation a été de 90% pour les détenus qui ont accepté de participer à l'étude RCPP-CPRM (707/785) et de 77% (406/527) pour les détenus qui ont accepté de participer à l'étude Pilote. Ces taux satisfaisants assurent la représentativité de la population étudiée et sont un bon marqueur de la pertinence des résultats présentés.

Analyse statistique

Les statistiques présentées ici sont issues d'une analyse descriptive des données sociodémographique ainsi que des données du MNI. Les logiciels « R » et « Excel » ont été utilisées pour le traitement univarié des données.

Aspects et éthiques et réglementaires

Cette étude respecte la demande d'avis consultatif du CPP de Bordeaux en date du 2 janvier 2013 (référence DC 2012/115). L'étude a également eu l'avis favorable du comité d'évaluation éthique de l'INSERM le 8 octobre 2013 (IRB00003888).

Les détenus ont donné leur consentement écrit pour participer à l'étude. Le consentement du détenu était éclairé par une information orale sur ses droits (liberté de participer ou non à l'étude), sur les initiateurs du projet, sur le déroulement de l'étude et les modalités de recueil des données, sur le caractère confidentiel et anonyme de l'étude, et enfin sur la responsabilité des personnes impliquées dans l'étude.

Ces informations orales fournies par l'investigateur étaient doublées d'une information écrite affichée dans les lieux d'inclusion (bureaux de l'UFPI).

4. Résultats

Données sociodémographiques et judiciaires

L'âge moyen des détenus est de 30 ans (30,48 ans).

L'échantillon de détenus comprend 1053 hommes et 60 femmes (1 femme pour 18 hommes).

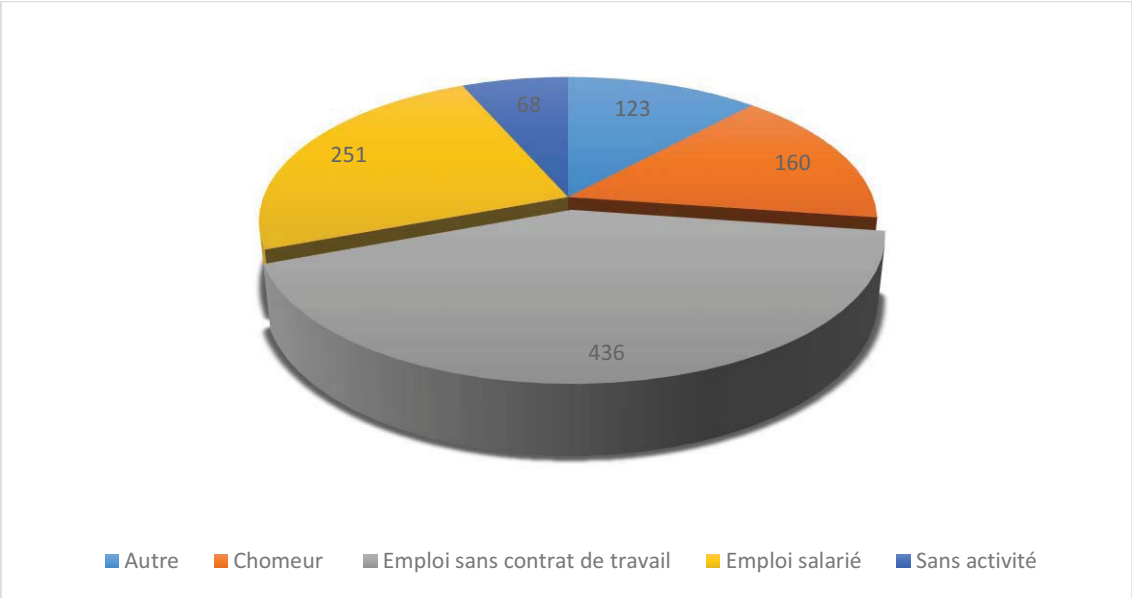

Figure 4 Situation professionnelle des détenus

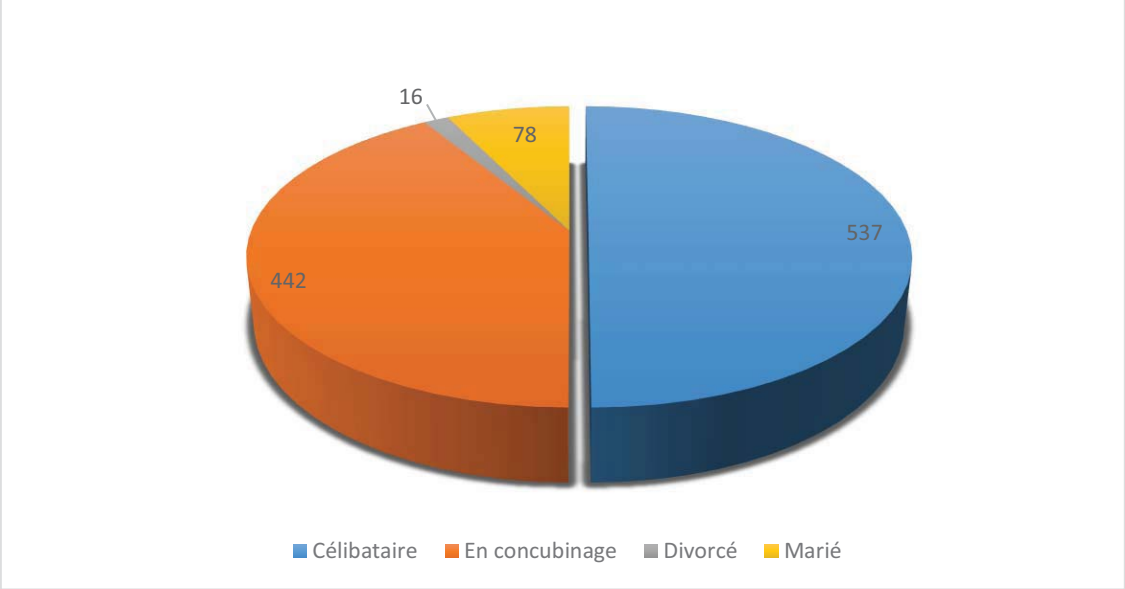

Figure 3 Situation familiale des détenus

Près de la moitié des détenus sont nés en Guyane Française. Les Surinamais, les Guyaniens et les Brésiliens sont les trois autres populations les plus représentées.

Les résultats présentés dans le graphique ci-dessous sont ceux recueillis lors de la deuxième année de recueil, ce qui explique la puissance moindre de ces données. L'étude Pilote recueillait des données voisines mais non superposables sur la nationalité des détenus.

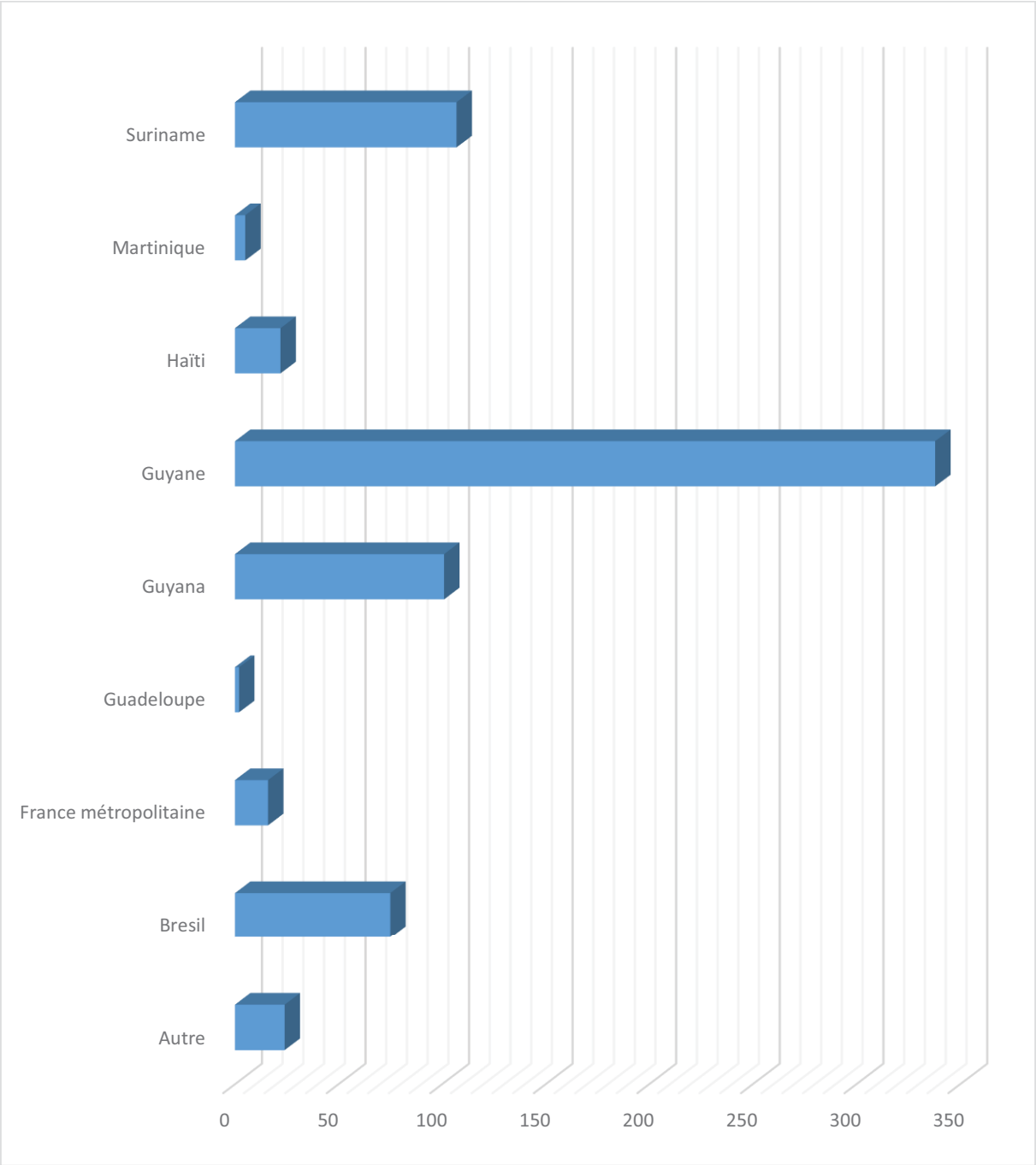

Figure 5 Lieu de naissance des détenus

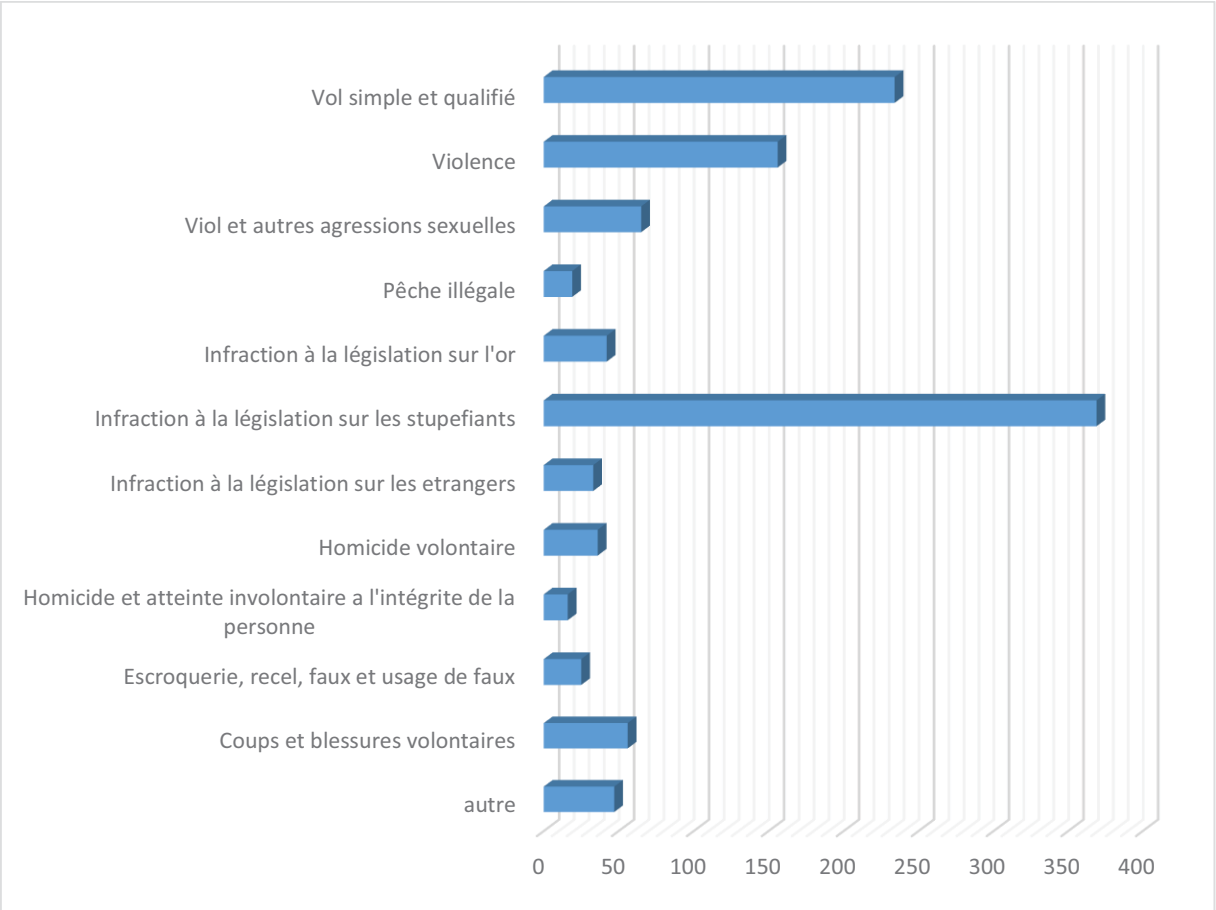

Figure 6 Motif d'incarcération des détenus

47% des détenus arrivants étaient récidivistes.

Les détenus précédemment incarcérés l'avaient en moyenne été deux fois (2.075 incarcérations en moyenne sur les 509 récidivistes)

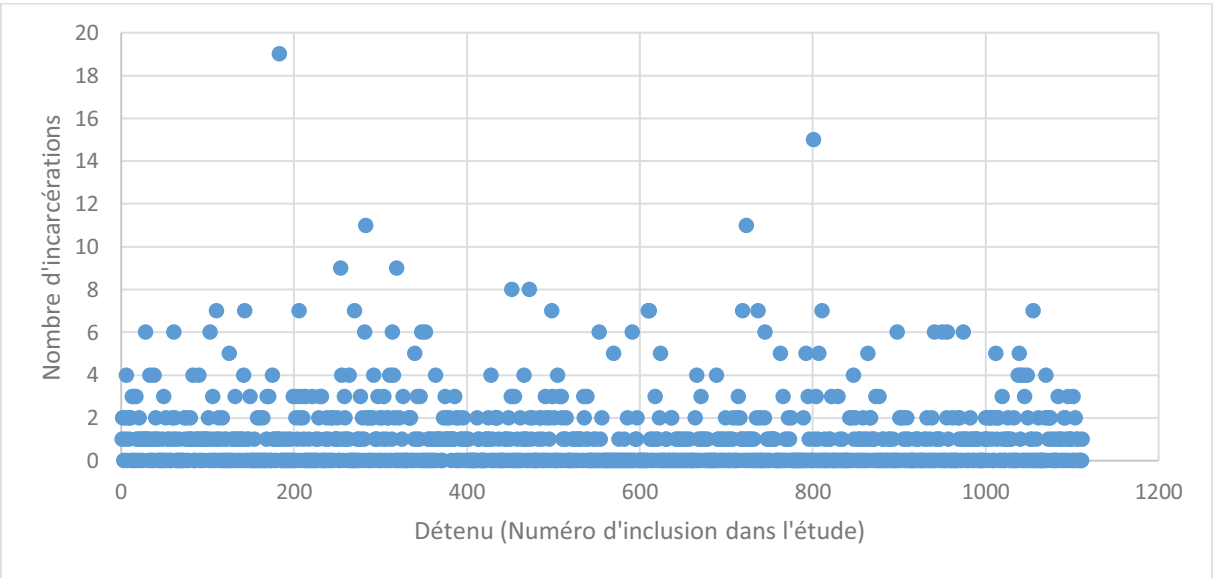

Figure 7 Nombre d'incarcérations des détenus

Repérage des pathologies psychiatriques : résultats du MINI

73.7% des détenus ont au moins un diagnostic positif au MINI, avec une moyenne de 2 diagnostics par détenu.

Pathologie	Temporalité	N	%	IC95%
Episode dépressif majeur	*Les Deux dernières semaines*	**191**	**17.2**	**14.9-19.4**
Risque suicidaire	*Le dernier mois*	**182**	**16.3**	**14.2-18.5**
Episode maniaque ou hypomaniaque	*Actuel*	**38**	**3.4**	**2.3-4.5**
Dysthymie	*Les Deux dernières semaines*	**53**	**4.8**	**3.5-6.0**
Trouble panique	*Le dernier mois*	**71**	**6.4**	**4.9-7.8**
Agoraphobie	*Actuel*	**129**	**11.6**	**9.7-13.5**
Phobie sociale	*Le dernier mois*	**109**	**9.8**	**8.0-11.5**
Trouble obsessionnel compulsif	*Le dernier mois*	**36**	**3.2**	**2.2-4.2**
Etat de stress post traumatique	*Le dernier mois*	**181**	**16.2**	**14.1-18.4**
Dépendance à l'alcool	*Les douze derniers mois*	**160**	**14.4**	**12.3-16.4**
Dépendance aux substances	*Les douze derniers mois*	**316**	**28.4**	**25.7-31.0**
Trouble psychotique	*Actuel*	**64**	**5.8**	**4.4-7.1**
Anorexie mentale	*Les trois derniers mois*	**6**	**0.5**	**0.1-1.0**
Boulimie	*Les trois derniers mois*	**6**	**0.5**	**0.0-1.0**
Trouble anxieux généralisé	*Les six derniers mois*	**245**	**22**	**16.1-20.2**
Trouble de la personnalité antisociale	*Vie entière*	**375**	**33.7**	**30.1-36.5**

Tableau I Résultats du MINI

Concernant le risque suicidaire le MINI permet de détailler trois types de risque : Léger, Moyen et Elevé.

Risque	N	%
Elevé	**29**	**2.6**
Moyen	**29**	**2.6**
Leger	**97**	**8.7**
NR	**27**	**2.4**
TOTAL	**182**	**16.3**

Tableau II Risque suicidaire

Concernant le type de toxiques consommés, les données présentées ci-dessous sont issues du recueil à l'UFPI pour l'année 2013 puis du recueil par l'UCSA pour l'année 2014. Tout comme les résultats issus du MINI, chaque catégorie fonctionne indépendamment, un patient peut donc être à la fois usagé de cannabis et de crack et donc figurer dans les deux catégories.

Type de produit consommé	N	%
Cannabis	**418**	**38%**
Cocaïne base (crack)	**97**	**9%**
Cocaïne	**15**	**1%**
Autre	**23**	**2%**

Tableau III Type de produit

5. Discussion

Interprétation des résultats

Avec 73.7% des détenus présentant au moins une pathologie ou un trouble psychiatrique, les résultats de cette étude soulignent la forte prévalence des maladies mentales chez les détenus arrivants au CPRM. Les pathologies les plus représentées sont le trouble de personnalité antisociale (34%), la dépendance aux substances (28%), le trouble anxieux généralisé (22%), l'épisode dépressif majeur (17%), le risque suicidaire et l'état de stress post traumatique (16%) et enfin la dépendance à l'alcool (14%).

Le Trouble de personnalité antisociale (34%) est le premier trouble retrouvé à l'arrivée en détention. C'est aussi le seul repérage à se faire sur la plan de la personnalité (Axe II du DSM (23)), ses caractéristiques sont par définition plus fixes que celles des autres troubles et moins affectées par le contexte et les évènements de vie, l'incarcération notamment. Cette personnalité est fortement associée aux comportements délictueux et à la récidive, il est estimé que les antisociaux commettent 50% plus de crimes que les détenus non antisociaux (24). Une étude brésilienne retrouve 48% de détenus ayant ce diagnostic dans une population de personnes incarcérées pour viol et homicide (25).

La dépendance aux substances (28%) est particulièrement élevée dans la population étudiée. Le DSM IV, sur lequel est basé le MINI 5.0 utilisé dans cette étude, distingue « abus de substances » et « dépendance aux substances ». Dans le DSM 5 ces catégories ont été supprimées au profit de la catégorie « substance use disorder » graduée de « mild » à « severe ». Bien que se basant sur une nosographie ancienne, les résultats de cette étude soulignent bien l'importance de la problématique addictive en détention.

L'association entre un diagnostic clinique d'abus de substance et la condamnation pour des faits de violence a été montrée dans une large étude prospective de patients ayant été hospitalisés en psychiatrie (26). Par ailleurs la prison peut représenter pour des patients marginalisés la seule opportunité de leur apporter des soins spécialisés en addictologie (27), l'enjeu en terme de santé publique est donc très important. La population carcérale guyanaise est marquée par une très

forte proportion de consommateurs de crack : 9%. Ce produit peut être consommé seul, « en tir », ou fumé avec du cannabis « en black », posant alors le problème d'addictions croisées avec le cannabis (38% de consommateurs dans l'échantillon).

Par ailleurs, les consommations de substances et les pathologies psychiatriques entretiennent des liens étroits, ces comorbidités compliquent les prises en charge et sont susceptibles d'aggraver le pronostic des pathologies psychiatriques. Plusieurs études en détention se sont déjà penchées sur ces liens (28–30). Il existe également une relation entre les diagnostics cliniques d'abus de substance et l'implication dans des infractions ou crimes violents (26,31). Ce qui peut en partie expliquer cette sur-population de détenus au profil « addictologique ». Cela nous appelle également à la vigilance, la violence en détention étant elle-même vectrice de pathologies psychiatriques, psycho-traumatologiques, anxieuses ou dépressives.

La surveillance est également de mise, particulièrement en début d'incarcération, vis-à-vis des symptômes de sevrage aux toxiques. La mise en isolement, les jours fériés et week-end, les premiers jours en maison d'arrêt, sont des périodes critiques où un sevrage d'alcool ou d'opiacés passé inaperçu peut avoir des conséquences dramatiques. Les dépendances aux drogues et à l'alcool sont plus présentes chez les arrivants en détention (32), la moindre disponibilité des produits ne favorisant pas le maintien d'une addiction. Cependant on aurait tort de croire que des produits ne circulent pas et l'hypothèse toxique doit toujours être évoquée lors d'apparition de troubles du comportement *de novo*.

Le Trouble anxieux généralisé (22%) est de manière inattendue le troisième trouble le plus fréquemment présenté par les arrivants. En poussant la réflexion sur les conditions de dépistage du TAG, on s'aperçoit que les questions posées par le MINI sont peu discriminantes vis-à-vis de l'anxiété ressentie lors d'une confrontation au système judiciaire, spécialement s'il s'agit d'une première incarcération et si cette confrontation s'étend sur plusieurs mois.

On peut donc estimer que dans ce cas très particulier, la période de 6 mois de persistance des symptômes fixée par le MINI est un temps trop court, mal adapté au contexte carcéral. Les études qui se focalisent sur le TAG en détention préfèrent utiliser le GAD-7 (33) pour poser le diagnostic (34). Cette forte prévalence du TAG, même si elle est vraisemblablement surévaluée, apporte tout de même un éclairage intéressant sur l'anxiété de fond ressentie par de très nombreux arrivants.

➔: **ALLEZ DIRECTEMENT** A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUES, **ENTOUREZ NON** DANS CHACUNE ET **PASSEZ** AU MODULE SUIVANT

O. ANXIETE GENERALISEE

O1 a	Au cours des six derniers mois, vous êtes-vous senti(e), excessivement préoccupé(e), inquiet(e), anxieux(se), pour des problèmes de la vie de tous les jours, au travail/à l'école, à la maison, ou à propos de votre entourage, ou avez-vous eu l'impression de vous faire trop de souci à propos de tout et de rien ? NE PAS COTER OUI SI L'ANXIETE SE RESUME A UN TYPE D'ANXIETE DEJA EXPLORE PRECEDEMMENT COMME LA PEUR D'AVOIR UNE ATTAQUE DE PANIQUE (TROUBLE PANIQUE), D'ETRE GENE EN PUBLIC (PHOBIE SOCIALE), D'ETRE CONTAMINE (TOC), DE PRENDRE DU POIDS (ANOREXIE MENTALE) ETC...	➔ NON	OUI	1
b	Avez-vous ce type de préoccupations presque tous les jours ?	➔ NON	OUI	2
O2	Vous est-il difficile de contrôler ces préoccupations ou vous empêchent-elles de vous concentrer sur ce que vous avez à faire ? DE O3a A O3f, COTER NON LES SYMPTOMES SURVENANT UNIQUEMENT DANS LE CADRE DES TROUBLES EXPLORES PRECEDEMMENT	➔ NON	OUI	3
O3	**Au cours des six derniers mois lorsque vous vous sentiez particulièrement préoccupé(e), inquiet(e), anxieux(se), vous arrivait-il souvent:**			
a	De vous sentir agité(e), tendu(e), les nerfs à fleur de peau ?	NON	OUI	4
b	D'avoir les muscles tendus ?	NON	OUI	5
c	De vous sentir fatigué(e), faible, ou facilement épuisé(e) ?	NON	OUI	6
d	D'avoir des difficultés à vous concentrer ou des passages à vide ?	NON	OUI	7
e	D'être particulièrement irritable ?	NON	OUI	8
f	D'avoir des problèmes de sommeil (difficultés d'endormissement, réveils au milieu de la nuit, réveils précoces ou dormir trop) ?	NON	OUI	9

Y A-T-IL AU MOINS **3 OUI** EN **O3** ?

NON	OUI
ANXIETE GENERALISEE ACTUEL	

Tableau IV Module O : Anxiété Généralisée

L'épisode dépressif majeur concerne 17% des arrivants en détention. Les symptômes dépressifs repérés au MINI doivent être présents depuis deux semaines pour constituer, s'ils sont en nombre suffisant, un épisode dépressif majeur (EDM). Les notions d'EDM et de Choc Carcéral se recoupent en partie concernant les détenus arrivants. Le concept utilisé en pratique clinique de Choc Carcéral associe éléments dépressifs et anxieux aspécifiques. En se concentrant sur une population de détenus en attente de jugement, l'étude de CASSAU (35) retrouve 16.4% de détenus aux symptômes sévères de dépression et 25.3% aux symptômes modérés en utilisant le BDI, renforçant l'idée que la période d'arrivée en détention est propice aux fléchissements thymiques.

Le risque suicidaire concerne 16.3% des arrivants et se répartit de la manière suivante :

- 2.6% de Risque moyen et élevé,
- 8.7% de Risque léger et
- 2.4% de Risque au niveau non spécifié.

C. RISQUE SUICIDAIRE

	Au cours du mois écoulé, avez-vous :			
C1	Pensé qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e), ou souhaité être mort(e) ?	NON	OUI	1
C2	Voulu vous faire du mal ?	NON	OUI	2
C3	Pensé à vous suicider ?	NON	OUI	3
C4	Etabli la façon dont vous pourriez vous suicider ?	NON	OUI	4
C5	Fait une tentative de suicide ?	NON	OUI	5
	Au cours de votre vie,			
C6	Avez-vous déjà fait une tentative de suicide ?	NON	OUI	6

Y A-T-IL AU MOINS UN OUI CI-DESSUS

SI OUI, SPECIFIER LE NIVEAU DU RISQUE SUICIDAIRE COMME SI DESSOUS :

C1 ou C2 ou C6 = OUI : LEGER
C3 ou (C2 + C6) = OUI : MOYEN
C4 ou C5 ou (C3 + C6) = OUI : ELEVE

NON	OUI
RISQUE SUICIDAIRE ACTUEL	
LEGER	☐
MOYEN	☐
ELEVE	☐

Tableau V Module C : Risque Suicidaire

Il est important de noter qu'un antécédent de suicide seul positionne, selon le MINI 5.0 le détenu en risque présent mais faible. Le risque faible au MINI n'étant pas suffisamment discriminant, on peut considérer un risque suicidaire global, associant les résultats des risques moyen et élevé. Ce risque composite, à la pertinence clinique plus forte, concernerait au moins 58 détenus, soit 5.2% des arrivants, et vraisemblablement plus si l'on prend en compte les 27 détenus au risque suicidaire présent, mais dont la gravité n'a pas été renseignée. Un facteur à prendre en considération également est l'association entre la surpopulation carcérale et le taux de suicide (36), ce qui fait du CPRM un centre de détention « à risque » avec un taux d'occupation de la maison d'arrêt de 135,5% (370 détenus pour 273 places).

L'étude *« Suicide risk among prisoners in French Guiana : prevalence and predictive factors »* réalisée sur la base de données « RCPP-CPRM » retrouve comme facteurs prédictifs de risque suicidaire :

- ✓ Le diagnostic de dépression au MINI (OR 7.44, 95% CI : 3.50 – 15.87)
- ✓ Le diagnostic de dysthimie au MINI (OR 4.22, 95% CI :1.34 – 13.36)
- ✓ Le diagnostic de trouble panique au MINI (OR 3.47, 95% CI :1.33 – 8.99)
- ✓ Le diagnostic de TAG au MINI (OR 2.19, 95% CI : 1.13 – 4.22),
- ✓ Les antécédents d'agression sexuelle dans l'enfance pour les individus de sexe masculin (OR 21.01, 95%, CI : 3.26 – 135.48)
- ✓ Un motif d'incarcération déclaré de viol ou autre agression sexuelle (OR 7.12, 95% CI : 1.98 – 25.99)
- ✓ L'addiction au tabac (OR 2.93, 95%, CI 1.30 – 6.63)

En France, les conduites suicidaires restent un problème majeur en détention. Plusieurs associations, comme Ban Public ou l'OIP (Observatoire international des prisons), ont de nombreuses fois tiré la sonnette d'alarme sur cette situation préoccupante (37). Une étude prospective récente rapporte un taux de suicide annuel en France de 179 suicides pour 100.000 détenus (38) (A titre de comparaison le taux de suicide en population générale en France en 2012 était de 16.7 pour 100.000 habitants (39) soit dix fois moindre). Ce ratio déjà très fort est encore augmenté si l'on considère les détenus en quartier disciplinaire (OR=15.7, 95% CI : 10.6–23.5), incarcérés pour homicide (OR=7.6, 95% CI : 5.3–10.9), ou pour viol (OR=4.6, 95% CI : 3.2–6.6).

A l'inverse, les risque de passages à l'acte suicidaires diminuent si l'on considère les détenus qui reçoivent des visites régulières (OR=0.4, 95% CI : 0.3–0.5). Ce taux de 179/100.000

positionne la France en tête de la mortalité par suicide en détention en Europe (10). La plupart des pays rapportant des taux entre 100 et 150 suicides annuels pour 100.000 détenus. Les facteurs de risque de suicide en détention habituellement décrits sont les suivants : avoir un antécédent de tentative de suicide, occuper une cellule seul, avoir un diagnostic de pathologie psychiatrique, être sous traitement psychotrope, avoir été suivi en psychiatrie, être en attente de jugement, être condamné à la détention à perpétuité, être accusé de meurtre ou de crime violent, avoir une addiction à l'alcool, être marié (10).

Une approche compréhensive moins conventionnelle a été développée par PAN KE SHON et mérite d'être mentionnée ici (40) : il s'agit d'une étude qualitative avec une approche phénoménologique sur les dernières lettres de suicidés en prison. Sept types distincts de suicidés ressortent: les prisonniers « A bout » incapables de s'adapter à un univers de fortes contraintes, les « Ostracisés » discriminés par les autres détenus, les « Sortants » de prison déstabilisés par une réinsertion problématique, les « Protestataires » qui adressent leur suicide envers un système pénitentiaire ou judiciaire jugé abusif, les suicidés du type « Rupture » ne peuvent accepter la rupture sentimentale, le type « Remords » est affecté par la honte, le remords et la culpabilité, enfin, le suicide du type « Innocent » est à la fois vindicatif et représente un moyen d'échapper à l'institution carcérale ou judiciaire. Cette approche avec des outils de sociologie permet une lecture plus fine des profils à risque et présente des qualités informatives difficiles à atteindre avec une méthodologie strictement quantitative.

L'état de stress post traumatique (16%) occupe une place de premier plan parmi les pathologies des arrivants. L'étude *« Le trouble de stress post-traumatique parmi les détenus en centre pénitentiaire en Guyane française »* (41) se concentrant sur les données de l'Etude Pilote et sur les premiers mois de l'étude RCPP-CPRM (N=549) retrouve 17% de TSPT chez les arrivants. Cette étude souligne la sévérité des comorbidités dans cette population avec significativement plus d'EDM, de risque suicidaire, d'épisode maniaque ou hypomaniaque, de trouble panique, de trouble obsessionnel compulsif et d'anxiété généralisé.

La vie carcérale, avec les contraintes qu'elle impose, met la personne dans une position de vulnérabilité et de dépendance susceptible de réactiver les scènes traumatiques. Elle prive également des stratégies de contrôle de la mémoire intrusive (toxiques, vie sociale, travail…) ; on comprend que cette exposition directe aux souvenirs traumatiques puisse prendre la forme d'une exacerbation de la symptomatologie psychiatrique à l'arrivée en détention.

Concernant la forte prévalence du TSPT (16% au total et 17% pour l'Etude Pilote), il convient de la mettre en parallèle avec l'histoire récente riche en évènements traumatiques de la population étudiée : tremblement de terre en Haïti, guerre civile au Suriname, violences liées à l'orpaillage et au trafic de stupéfiants.

Diagnostic MINI 5.0	**Détenus participants n=549(%)**	**Détenus TSPT+ n=95 (%)**	**Valeur de *p***
Episode dépressif majeur actuel	143 (26)	47 (49)	**p < 0.005**
Risque suicidaire	110 (20)	43 (45)	**p < 0.005**
Episode (hypo-)maniaque actuel	22 (4)	11 (12)	**p < 0.005**
Trouble panique actuel	35(6)	22 (23)	**p = 0.032**
Phobie sociale	59 (11)	15 (16)	p = 0.212
Trouble obsessionnel compulsif	25 (5)	11 (12)	**p = 0.011**
Anxiété généralisée	99 (18)	28 (29)	**p = 0.04**
Dépendance à l'alcool	55 (10)	13 (14)	p = 0.34
Dépendance aux toxiques	133 (24)	27 (28)	p = 0.503
Trouble psychotique	25 (5)	6 (6)	p = 0.59
Personnalité antisociale	189 (34)	40 (42)	p = 0.329

Tableau VI Comorbidités du TSPT

Les liens entre psychotraumatisme dans l'enfance et conduites suicidaires sont étroits, certains auteurs l'identifiant même comme facteur prédictif le plus fort d'idéation et de tentatives de suicide (42). Une étude américaine conclut sur le fait que le psychotraumatisme dans l'enfance est un facteur de risque indépendant de tentative de suicide chez les femmes incarcérées, les prises de toxiques et la détresse psychologique engendrées n'expliquant pas par elles-mêmes la *sur-suicidalité* observée (43).

CROCQ définit le psychotraumatisme comme un « *phénomène d'effraction du psychisme et de débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou pour l'intégrité (physique ou psychique) d'un individu qui y est exposé comme victime, comme témoin ou comme acteur»* (44), l'expression clinique la plus saillante du psychotraumatisme étant le Trouble de Stress Post Traumatique (TSPT) (23). Seules quelques études abordent le sujet du TSPT en détention.

Bien souvent, il est abordé par le biais du traumatisme de guerre. On peut citer l'étude de SOLOMON (45) qui retrouve une prévalence élevée de TSPT (60% de TSPT complet) chez des anciens prisonniers de guerre, 35 ans après les faits. La revue de la littérature sur le sujet, menée par GOFF en 2007 (46), retrouve une prévalence du TSPT en prison très variable en fonction des études analysées (de 4 à 21% en prévalence instantanée) mais toujours largement supérieure aux 0,7% retrouvés en population générale par l'étude SMPG (47). Plusieurs interprétations coexistent pour expliquer ces chiffres. Pour DONLEY(48) le fait même d'avoir un TSPT serait un facteur de risque d'implication dans le système judiciaire. Les travaux de SPITZER (49) évoquent quant à eux la fréquence des patients qui considèrent leur propre crime ou délit (homicide, violence aggravée, viol) comme événement traumatique. Il faut aussi prendre en compte les traumatismes survenus au sein même de la prison dont la pratique de consultation psychiatrique atteste de la régularité.

Une dépendance à l'alcool est retrouvée chez 14% des arrivants. Ce diagnostic a la particularité de diminuer en prévalence au fur et à mesure de l'incarcération.

Une analyse secondaire (32) de la base de données constituée par Bruno FALISSARD et son équipe sur les prisons métropolitaines (13) compare la dépendance à l'alcool dans une population d'arrivants (moins de 14 jours d'incarcération) et dans une population de détenus à l'incarcération plus ancienne (plus de 14 jours), la dépendance à l'alcool est significativement plus élevée dans le premier groupe (OR 1.84 [1.01–3.51]). Une pratique clinique au CPRM témoigne de moyens artisanaux de confection d'alcool dans l'enceinte de la prison mais nous n'avons pas de données chiffrées qui viennent corroborer cette pratique, ni de données de suivi des patients pour objectiver la régression de la dépendance.

Comparaison des résultats

L'étude de FAZEL et DANESH (50) publiée en 2012 dans le *Lancet* fait encore aujourd'hui figure de référence dans l'étude des pathologies psychiatriques en détention. Cette dernière compile les résultats sur l'EDM, les troubles psychotiques et la personnalité antisociale de 62 études sur un total de 23000 détenus dans le monde.

En 2012, FAZEL a enrichi cette base de données et a publié dans le *British Journal of Psychiatry* une méta-analyse sur l'EDM et les troubles psychotiques sur 33588 détenus (14). Les résultats ne sont pas centrés sur les arrivants comme dans notre étude et l'hétérogénéité des résultats est décrite comme « substantielle » (spécialement pour la personnalité antisociale), aussi la comparaison doit-elle se faire des réserves.

Pathologie	**Temporalité**	**RCPP-CPRM (%)**	**FAZEL (%)**
Episode dépressif majeur	*Les Deux dernières semaines*	**17.2**	**11.4**
Trouble psychotique	*Actuel*	**5.8**	**3.7**
Trouble de la personnalité antisociale	*Vie entière*	**33.6 (hommes)** **34 (femmes)**	**47 (hommes)** **21 (femmes)**

Tableau VII Comparaison FAZEL/RCPP-CPRM

Il est à noter que l'équipe de FAZEL a également travaillé sur l'abus et la dépendance aux substances et à l'alcool (27) mais devant la grande hétérogénéité des résultats, les données n'ont pas permis une méta-analyse.

En 2006, sur une demande des ministères de la santé et de la justice, l'équipe de Bruno FALISSARD (13) fait paraitre dans *BMC Psychiatry* la description la plus complète à ce jour du profil psychopathologique des détenus français. Cette étude s'appuie sur une méthodologie rigoureuse (51) associant diagnostics au MINI et diagnostics cliniques. Pour les besoins de la comparaison ci-dessous, seuls les diagnostics du MINI sont présentés. La participation des détenus est soumise à une randomisation, la comparaison avec les résultats de l'étude guyanaise doit ici aussi se faire en connaissance de cause. Malheureusement les versions du MINI utilisées étant différentes sur ce point, il n'a pas été possible ici de comparer les résultats sur le trouble psychotique.

Pathologie	Temporalité	RCPP-CPRM (%)	FALISSARD (%)
Episode dépressif majeur	*Les Deux dernières semaines*	**17.2**	**22.9**
Episode maniaque ou hypomaniaque	*Actuel*	**3.4**	**4.2**
Dysthymie	*Les Deux dernières semaines*	**4.8**	**1.5**
Trouble panique	*Le dernier mois*	**6.4**	**3.9**
Agoraphobie	*Actuel*	**11.6**	**10.8**
Phobie sociale	*Le dernier mois*	**9.8**	**8.8**
Trouble obsessionnel compulsif	*Le dernier mois*	**3.2**	**5.7**
Etat de stress post traumatique	*Le dernier mois*	**16.2**	**6.6**
Dépendance à l'alcool	*Les douze derniers mois*	**14.4**	**8.7**
Dépendance aux substances	*Les douze derniers mois*	**28.4**	**8.9**
Trouble anxieux généralisé	*Les six derniers mois*	**22**	**15.4**

Tableau VIII Comparaison FALISSARD/RCPP-CPRM

Dans le cadre de l'étude de FALISSARD et al. 100 détenus ont été inclus au centre pénitentiaire de Ducos avec la même méthodologie. Ces données ont cependant été sorties de l'analyse en raison de leur trop grande hétérogénéité avec les résultats métropolitains et n'apparaissent donc pas dans la publication de 2006 (13). L'étude *"Mental Health Of Jail Inmates Within The Martinican Ducos Prison - A Cross-sectional Descriptive Study"* par R. Arnal, M. Spodenkiewicz, J.Lacoste, L.Jehel et B. Falissard, actuellement en troisième révision (depuis le 26/07/2016) pour la *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique,* reprend ces résultats et les compare à ceux obtenus en métropole.

Pathologie	**Temporalité**	**RCPP-CPRM (%)**	**DUCOS (%)**
Episode dépressif majeur	*Les Deux dernières semaines*	**17.2**	**13.3**
Episode maniaque ou hypomaniaque	*Actuel*	**3.4**	**2**
Dysthymie	*Les Deux dernières semaines*	**4.8**	**8.2**
Trouble panique	*Le dernier mois*	**6.4**	**6.1**
Agoraphobie	*Actuel*	**11.6**	**8.2**
Phobie sociale	*Le dernier mois*	**9.8**	**13.3**
Trouble obsessionnel compulsif	*Le dernier mois*	**3.2**	**5.1**
Etat de stress post traumatique	*Le dernier mois*	**16.2**	**10.2**
Dépendance à l'alcool	*Les douze derniers mois*	**14.4**	**4.3**
Dépendance aux substances	*Les douze derniers mois*	**28.4**	**23.5**
Trouble anxieux généralisé	*Les six derniers mois*	**22**	**11.2**

Tableau IX Comparaison DUCOS/RCPP-CPRM

L'étude de PONDE et al. (18) est la première à estimer la prévalence des maladies mentales en détention au Brésil, voisin de la Guyane Française. A l'aide du MINI, le profil psychiatrique de 290 détenus sélectionnés au hasard a été recueillie dans la prison de Salvador de Bahia. Cette étude n'est pas centrée sur les arrivants en détention, les mêmes réserves dans la comparaison des données sont donc en vigueur. Par ailleurs, une différence notable réside dans le fait que cette prison ne propose pas de soins psychiatriques, les détenus aux problématiques psychiatriques les plus aigües sont donc pris en charge en hôpital psychiatrique.

Pathologie	**Temporalité**	**RCPP-CPRM (%)**	**PONDE (%)**
Episode dépressif majeur	*Les Deux dernières semaines*	**17.2**	**5.2**
Episode maniaque ou hypomaniaque	*Actuel*	**3.4**	**0.3**
Trouble obsessionnel compulsif	*Le dernier mois*	**3.2**	**1.7**
Dépendance à l'alcool	*Les douze derniers mois*	**14.4**	**26.6**
Dépendance aux substances	*Les douze derniers mois*	**28.4**	**27.9**
Trouble psychotique	*Actuel*	**5.8**	**1.4**
Trouble anxieux généralisé	*Les six derniers mois*	**22**	**5.2**
Trouble de la personnalité antisociale	*Vie entière*	**33.7**	**26.9**

Tableau X Comparaison PONDE/RCPP-CPRM

L'étude de PRIETO et FAURE (12) présente d'importantes différences méthodologiques avec la nôtre mais il s'agit de la seule étude française centrée sur les arrivants. 2302 arrivants en détentions ont été inclus dans 20 SMPR métropolitains en 2001. Ces patients ont passé la PEC (52)(Profil d'Evaluation Clinique), questionnaire de 30 items sur 5 « catégories de troubles ».

Catégorie de Troubles	**PRIETO (%)**
Troubles dépressifs	**27.41**
Trouble psychosomatique	**41.93**
Trouble des conduites	**43.12**
Anxiété	**54.39**
Tendance addictive	**54.93**

Tableau XI Comparaison PRIETO

Il est également nécessaire de comparer les résultats de notre étude à ceux obtenus en population générale. L'étude SMPG (Santé Mentale en Population Générale) (53) a utilisé le MNI de 1999 à 2003 sur 36000 français de plus de 18 ans contactés par téléphone. Les résultats présentés sur les addictions sont un cumul des catégories « abus » et « dépendance » du MINI (4.2% pour l'alcool et 18% pour les substances), aussi il n'a pas été possible de les comparer avec les résultats de RCPP-CPRM, ceux-ci se concentrant sur les dépendances.

Pathologie	**Temporalité**	**RCPP-CPRM (%)**	**SMPG (%)**
Episode dépressif majeur	*Les Deux dernières semaines*	**17.2**	**11.0**
Risque suicidaire	*Le dernier mois*	**16.3**	**12.8**
Dysthymie	*Les Deux dernières semaines*	**4.8**	**2.4**
Trouble panique	*Le dernier mois*	**6.4**	**4.2**
Agoraphobie	*Actuel*	**11.6**	**2.1**
Phobie sociale	*Le dernier mois*	**9.8**	**4.3**
Etat de stress post traumatique	*Le dernier mois*	**16.2**	**0.7**
Trouble psychotique	*Actuel*	**5.8**	**1.4**
Trouble anxieux généralisé	*Les six derniers mois*	**22**	**12.8**

Tableau XII Comparaison SMPG/RCPP-CPRM

Forces et faiblesses de l'étude

Cette étude est la première à s'intéresser à la psychopathologie d'une population peu décrite. Peu de données épidémiologiques existent sur la Guyane Française et l'on transpose souvent telles quelles les données métropolitaines, ce qui peut être, pour certains, une source d'erreurs et de malentendus. Cette étude répond donc à un besoin de développer la recherche avec des acteurs locaux, ceci dans le but d'améliorer notre connaissance des populations et de mettre en place des moyens spécialisés pour ajuster au mieux les politiques de santé publique.

Une des forces de l'étude RCPP-CPRM est le nombre de détenus inclus aussi que le taux de participation à l'étude. Ce qui assure la représentativité des résultats et la puissance nécessaire pour les tests statistiques.

L'outil utilisé est passé par un processus de validation (19) assurant de bonnes qualités psychométriques et permettant la comparaison avec d'autres études issues de la littérature internationale. Le MINI a beaucoup été utilisé en prisons ces 15 dernières années mais sa conception n'est pas spécifique à une utilisation en détention (54), aussi certains troubles peuvent être surévalués comme la manie ou les TOC selon une étude parue dans le *British Journal of Psychiatry* en 2010 (55). Nous avons également vu que le TAG est vraisemblablement surévalué dans un contexte de repérage à l'arrivée en détention. Des outils spécifiques à la détention existent, leurs qualités psychométriques sont bonnes et plusieurs études invitent à les utiliser préférentiellement (56)

Par ailleurs, le MINI n'est qu'un outil de *repérage* des pathologies psychiatriques, sa sensibilité et sa spécificité ne sont pas comparables avec l'expertise apportée par un entretien avec un clinicien averti à ce type de patients. La rencontre avec le thérapeute pouvant également être biaisée par le tiers représenté par cet outil. Une alternative associant MINI et entretien clinique a été utilisé par le Pr FALISSARD (51) mais la mise en place d'une telle méthodologie était trop complexe avec les moyens dont nous disposions.

Toujours concernant le recueil de données, deux pathologies, pour lesquelles la littérature internationale s'accorde à dire qu'elles occupent une grande place en détention, n'ont pas été dépistées : il s'agit du trouble de personnalité borderline (57) et du trouble hyperactif avec déficit d'attention (58).

Le fait que les données recueillies dans cette étude soient uniquement déclaratives pose plusieurs problèmes. D'abord un *« biais de désirabilité »* peut venir fausser les résultats, le

détenu donnant à l'investigateur les réponses qu'il croit être les plus satisfaisantes. D'autre part il y a un bénéfice à retirer d'une prise en charge psychiatrique. Le détenu peut en effet obtenir la liberté de circuler dans la prison pour assister aux consultations ainsi que le statut de détenu « fragile » et donc l'accès au travail ou aux aménagements de peine qui pourraient être plus accessible, voire éventuellement l'obtention d'une cellule seul.

Le moment choisi pour le recueil est très particulier dans cette étude : 15 jours au maximum après l'arrivée en détention. Le choc carcéral, dont nous avons parlé plus haut, est constitué de symptômes anxieux et dépressifs aspécifiques, il accompagne l'arrivée en détention de nombreux détenus sans que l'on puisse parler de pathologie à proprement parler. Il joue un rôle de facteur de confusion, et constitue donc une des limites de l'étude, lors de l'évaluation des troubles anxieux et thymiques chez les arrivants.

Egalement, cette étude ne propose pas de suivi des patients dépistés, impossible donc de connaitre l'évolution naturelle de telle ou telle pathologie lors de l'incarcération.

Nous ne prenons pas en compte dans cette étude le statut juridique de l'arrivant (en détention provisoire (mandat de dépôt) ou condamné en comparution immédiate). Cette distinction est souvent faite dans la littérature spécialisée. On comprend aisément que le fait d'être ou non en attente de jugement puisse influencer l'expression de la symptomatologie psychiatrique.

Perspectives

Deux études utilisant la base de données « RCPP-CPRM » sont au jour d'aujourd'hui en cours de publication. Elles n'utilisent que partiellement les données et la base peut encore être valorisée par une troisième publication.

Une étude d'épidémiologie descriptive comme celle-ci présente un certain intérêt, d'autant plus qu'elle étudie une population méconnue et qu'elle utilise un outil validé. Cependant une telle publication ne respecterait pas les recommandations éditées par Seena FAZEL en 2016 dans le *Lancet* (10). Il existe plus de 100 études de prévalence de qualité disponibles dans la littérature scientifique, dont les résultats sont relativement homogènes, il est donc indiqué de préférer une autre approche.

Plusieurs variables d'intérêt ont été recueillies en complément du MINI et pourraient permettre la construction d'une étude originale. Ainsi, la présence de traumatisme sexuel, les antécédents psychiatriques familiaux, la présence de décès dans la famille (qui et quand) pourraient permettre de détailler plusieurs groupes et d'analyser les différences recueillies à l'analyse des réponses au MINI. La recherche de profils à risques (conduites suicidaires, patients hautement comorbides, histoire personnelle traumatique) pourrait également constituer un nouvel axe de recherche.

6. Conclusion

L'arrivée en détention est une période où la prévalence des pathologies psychiatriques est particulièrement importante. Les résultats de la présente étude doivent attirer l'attention du clinicien sur plusieurs aspects importants lors d'entretiens avec des patients arrivants en détention :

La dépendance aux substances très répandue chez ces patients, spécialement dans les populations guyanaises et antillaises, avec la nécessaire vigilance aux sevrages des toxiques (les plus fréquents étant crack, cannabis et alcool) dans les premiers temps d'incarcération.

Les épisodes dépressifs majeurs et l'anxiété généralisée également très présents, avec une symptomatologie anxiodépressive atypique pouvant prendre la forme d'un *choc carcéral* à surveiller.

Il faut également accorder une vigilance particulière au risque suicidaire, ces patients à risque nécessitent un repérage précoce et une prise en charge conjointe avec l'administration pénitentiaire.

Le trouble de stress post traumatique est bien plus élevé dans cette population qu'en population générale, la fréquence des comorbidités psychiatriques est plus élevée chez ces détenus, un repérage du TSPT est donc essentiel lors de l'incarcération.

La comparaison avec les données descriptives recueillies dans d'autres prisons permet de se faire une idée des particularités locales. Parmi ces spécificités la dépendance aux substances et l'état de stress post traumatique se démarquent par leur très forte prévalence.

Cette analyse approfondie du profil psychiatrique des détenus guyanais a pu être obtenue grâce à deux années de recueil rigoureux des caractéristiques des détenus arrivants. La base de données constituée pourrait éventuellement servir de référence à d'autres travaux universitaires.

La connaissance que nous avons maintenant de cette population pourra servir à améliorer les politiques de santé publique guyanaise en détention :

Etant donné la prévalence de la problématique addictive, il est nécessaire qu'une équipe d'addictologie suffisante en nombre et formée aux spécificités des consommations locales soit active auprès des détenus du CPRM. Compte tenu de la prévalence du TSPT et de la gravité de

ses comorbidités, il est nécessaire de former au psychotraumatisme les infirmiers qui sont en première ligne lors du suivi des patients.

Considérant la pluralité culturelle et la variété des origines des détenus, il est nécessaire de préserver et de valoriser le travail des médiatrices culturelles. Enfin, au vu de la prévalence des maladies psychiatriques présentées par les détenus, il est nécessaire qu'une équipe médicale stable soit maintenue au sein de l'UFPI.

Sur un plan personnel, cette étude est l'aboutissement d'un intérêt porté depuis 2012 à la psychiatrie carcérale. Elle vient compléter les différents travaux de recherche et le mémoire de DES que j'ai aussi réalisé sur ce sujet. Cette thèse ponctue également le chemin d'initiation à la recherche que j'ai entrepris il y a de cela quatre ans, de la conception du protocole au traitement des données, cette étude m'aura accompagné durant la quasi-totalité de mon internat.

7. Bibliographie

1. Foucault M. Surveiller et punir : Naissance de la prison. 1975.
2. Tocqueville A de, Perrot M. Ecrits sur le système pénitentiaire en France et à l'étranger. 1833.
3. Baltard LP. Architectonographie des prisons, ou Parallèle des divers systèmes de distribution. 1829
4. Levy T. Nos têtes sont plus dures que les murs des prisons. Editions Grasset. 2006
5. Cour Européenne des Droits de l'Homme, sect. V, 21 mai 2015, Yengo c. France, req. n° 5049412.
6. Foucault M. Histoire de la folie à l'âge classique. 1972
7. LOI n° 2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental. 2008-174 févr 25, 2008.
8. Gheorghiev C, Raffray P, Montleau F. Dangerosité et maladie mentale. Inf Psychiatr. 2012;84(10):941-7.
9. Senon J-L. La psychiatrie à l'épreuve de l'insécurité sociale: la dangerosité ou plutôt la prédiction du risque de violence en toile de fond du débat psychiatrie-justice. Inf Psychiatr. 2012;88(6):407–14.
10. Fazel S, Hayes AJ, Bartellas K, Clerici M, Trestman R. Mental health of prisoners: prevalence, adverse outcomes, and interventions. Lancet Psychiatry. 2016 [Epub ahead of print].
11. Mouquet MC, Dumont M, Bonnevie MC. La santé à l'entrée en prison, un cumul de facteurs de risque. Etude et Resultats DREES. 1999:4.
12. Prieto N, Faure P. La santé mentale des détenus entrants ou suivis dans les prisons françaises comportant un SMPR. Encephale. 2004;30(6):525–31.

13. Falissard B, Loze JY, Gasquet I, Duburc A, de Beaurepaire C, Fagnani F, et al. Prevalence of mental disorders in French prisons for men. BMC Psychiatry. 2006;6:33

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

15. Blanchy S, Bourgeois M. Psychiatry in French Guiana (formal, institutional and statistical aspects). Ann Med Psychol. 1975;1(1):51-75.

16. Schmitz B. Psychiatric practice in French Guiana: clinical and psychopathological aspects. Hygiene Ment. 1960;49:334-51.

17. Schmitz B. Note on the use of neuroleptics in psychiatric practice in French Guiana. Ann Med Psychol. 1961;119(1):344-7.

18. Pondé MP, Freire ACC, Mendonça MSS. The prevalence of mental disorders in prisoners in the city of Salvador, Bahia, Brazil. J Forensic Sci. 2011;56(3):679-82.

19. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. J Clin Psychiatry. 1998;59(Suppl 20):22-33-57.

20. Observatoire international des prisons (OIP). Les conditions de détention en France. Éditions La Découverte. 2011

21. Senon JL. Psychiatrie et prison : toujours dans le champ de l'actualité. Ann Med Psychol. 2004;162(8):646-52.

22. Manzanera C, Senon JL. Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire : organisation, moyens, psychopathologies et réponses thérapeutiques. Ann Med Psychol. 2004;162(8):686-99.

23. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical manual of mental disorder (DSM5). 2013

24. Stoff D, Breiling J, Maser J. Handbook of Antisocial Behavior. Wiley. 1997

25. Rigonatti SP, De Padua Serafim A, De Freitas Caires MA, Guerra Vieira Filho AH, Arboleda-Florez J. Personality disorders in rapists and murderers from a maximum security prison in Brazil. Int J Law Psychiatry. 2006;29(5):361-9.

26. Steadman HJ, Mulvey EP, Monahan J, Robbins PC, Appelbaum PS, Grisso T, et al. Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. Arch Gen Psychiatry. 1998;55(5):393-401.

27. Fazel S, Bains P, Doll H. Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review. Addiction. 2006;101(2):181-91.

28. Butler T, Indig D, Allnutt S, Mamoon H. Co-occurring mental illness and substance use disorder among Australian prisoners. Drug Alcohol Rev. 2011;30(2):188-94.

29. Chang Z, Lichtenstein P, Larsson H, Fazel S. Substance use disorders, psychiatric disorders, and mortality after release from prison: a nationwide longitudinal cohort study. Lancet Psychiatry. 2015;2(5):422-30.

30. Lukasiewicz M, Falissard B, Michel L, Neveu X, Reynaud M, Gasquet I. Prevalence and factors associated with alcohol and drug-related disorders in prison: a French national study. Subst Abuse Treat Prev Policy. 2007;2:1.

31. Grann M, Fazel S. Substance misuse and violent crime: Swedish population study. BMJ. 2004;328(7450):1233-4.

32. Sarlon E, Duburcq A, Neveu X, Morvan-Duru E, Tremblay R, Rouillon F, et al. Imprisonment, alcohol dependence and risk of delusional disorder: A cross-sectional study. Rev Epidemiol Sante Publique. 2012;60(3):197-203

33. Löwe B, Decker O, Müller S, Brähler E, Schellberg D, Herzog W, et al. Validation and standardization of the Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) in the general population. Med Care. 2008;46(3):266-74.

34. Dadi AF, Dachew BA, Kisi T, Yigzaw N, Azale T. Anxiety and associated factors among prisoners in North West of Amhara Regional State, Ethiopia. BMC Psychiatry. 2016;16:83

35. Cassau JS, Goodwin DE. The phenomenology and course of depressive syndromes in pre-trial detention. Int J Law Psychiatry. 2012;35(3):231-5.

36. Leese M, Thomas S, Snow L. An ecological study of factors associated with rates of self-inflicted death in prisons in England and Wales. Int J Law Psychiatry. 2006;29(5):355-60.

37. Observatoire international des prisons (OIP). Suicide en prison : l'État de nouveau condamné pour faute [Internet]. 2015. [http://www.oip.org/index.php/bibliotheque/item/1200-suicide-prison-loos-condamnation-etat]

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

39. Observatoire National du Suicide. 2ème rapport. 2016

40. Pan Ke Shon JL. Enfermement et suicides au début du XXIe siècle. Sociologie. 2011

41. 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.

42. Sarchiapone M, Jovanović N, Roy A, Podlesek A, Carli V, Amore M, et al. Relations of psychological characteristics to suicide behaviour: Results from a large sample of male prisoners. Personal Individ Differ. 2009;47(4):250-5.

43. Clements-Nolle K, Wolden M, Bargmann-Losche J. Childhood Trauma and Risk for Past and Future Suicide Attempts among Women in Prison. Womens Health Issues. 2009;19(3):185-92.

44. Crocq L. Stress et trauma. J Psychol. 2003;(206):8–12.

45. Solomon Z, Horesh D, Ein-Dor T, Ohry A. Predictors of PTSD trajectories following captivity: A 35-year longitudinal study. Psychiatry Res. 2012;199(3):188-94.

46. Goff A, Rose E, Rose S, Purves D. Does PTSD occur in sentenced prison populations? A systematic literature review. Crim Behav Ment Health. 2007;17(3):152-62.

47. Vaiva G, Jehel L, Cottencin O, Ducrocq F, Duchet C, Omnes C, et al. Prévalence des troubles psychotraumatiques en France métropolitaine. Encephale. 2008;34(6):577-83.

48. Donley S, Habib L, Jovanovic T, Kamkwalala A, Evces M, Egan G, et al. Civilian PTSD symptoms and risk for involvement in the criminal justice system. J Am Acad Psychiatry Law. 2012;40(4):522–29.

49. Spitzer C, Dudeck M, Liss H, Orlob S, Gillner M, Freyberger HJ. Post-traumatic stress disorder in forensic inpatients. J Forensic Psychiatry. 2001;12(1):63-77.

50. Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. Lancet. 2002;359(9306):545–550.

51. Loze J-Y, Falissard B, Limosin F, Recasens C, Horreard A-S, Rouillon F. Validation of a new diagnostic procedure for DSM IV axis I disorders. Int J Methods Psychiatr Res. 2002;11(3):134-41.

52. Gerin P, Dazord A, Guisti P et al. Psychothérapie et changements: méthodologie de leur évaluation. Paris : PUF, Modules,1991:85-8.

53. Caria A, Roelandt J-L, Bellamy V, Vandeborre A. Mental Health in the General Population: images and realities (MHGP): methodology of the study. Encephale. 2010;36(3 Suppl):1-6.

54. Andersen HS. Mental health in prison populations. A review with special emphasis on a study of Danish prisoners on remand. Acta Psychiatr Scand. 2004;(s424):5-59.

55. Rivlin A, Hawton K, Marzano L, Fazel S. Psychiatric disorders in male prisoners who made near-lethal suicide attempts: case-control study. Br J Psychiatry. 2010;197(4):313-9.

56. Martin MS, Colman I, Simpson AI, McKenzie K. Mental health screening tools in correctional institutions: a systematic review. BMC Psychiatry. 2013;13(1):1.

57. Edens JF, Marcus DK, Ruiz MA. Taxometric analyses of borderline personality features in a large-scale male and female offender sample. J Abnorm Psychol. 2008;117(3):705-11.

58. Cahill BS, Coolidge FL, Segal DL, Klebe KJ, Marle PD, Overmann KA. Prevalence of ADHD and Its Subtypes in Male and Female Adult Prison Inmates. Behav Sci Law. 2012;30(2):154-66.

UFR SCIENCES MEDICALES HYACINTHE BASTARAUD

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, en présence des maîtres de cette école et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité qui la régissent.
Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous les éléments physiques et mentaux, individuels, collectifs et sociaux.
Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.
J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou dans leur dignité.
Même sous la contrainte, je ne ferai usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.
J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.
Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.
Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.
Je ne me laisserai influencer ni par la recherche du gain ni par la recherche de la gloire.
Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés.
Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers.
Et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.
Je ferai tout pour soulager les souffrances, sans acharnement.
Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.
Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.
Que je sois modéré en tout, mais insatiable de mon amour de la science.
Je n'entreprendrai rien qui ne dépasse mes compétences ; je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.
J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.
Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses,
Que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

NOM ET PRENOM : ARNAL Romain

SUJET DE LA THESE : Recherche et Caractérisation des Pathologies Psychiatriques au Centre Pénitentiaire de Rémire-Montjoly, Guyane Française

THESE : MEDECINE

Qualification : Médecine Générale ☐ Médecine Spécialisée ☐

ANNEE : 2016

NUMERO D'IDENTIFICATION :

MOTS CLEFS : Psychiatrie, Prison, Epidémiologie

RESUME : L´intérêt accordé à la prévalence des maladies psychiatriques auprès des dix millions de personnes incarcérées dans le monde a considérablement augmenté ces quinze dernières années. Pour améliorer la prise en charge psychiatrique des détenus les besoins spécifiques doivent être évalués localement, spécialement dans les établissements comme Rémire-Montjoly en Guyane Française où les détenus sont issus d'un important brassage de populations. Dans ce contexte, l'Unité Fonctionnelle de Psychiatrie Intra carcérale du centre pénitentiaire a souhaité mettre en place des entretiens d'accueil systématiques des détenus avec un objectif de dépistage des pathologies psychiatriques. En plus de la procédure habituelle d'admission des détenus et pour les besoins de notre étude, nous avons proposé la passation du Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). Ces données, ainsi que des informations sociodémographiques et judiciaires ont été recueillies sur 1113 détenus arrivants sur 2 ans (2013-2014). Les entretiens d'accueil ont été menés dans les 15 jours suivant l'arrivée du détenu par un interne en psychiatrie, un infirmier de secteur psychiatrique ou par un infirmier diplômé d'état. Il ressort de cette étude que 73.7% des détenus ont au moins un diagnostic de trouble ou de pathologie psychiatrique, avec une moyenne de 2 diagnostics par détenu. Les diagnostics les plus fréquents sont le trouble de personnalité antisociale (34%), la dépendance aux substances (28%), le trouble anxieux généralisé (22%), l'épisode dépressif majeur (17%), le risque suicidaire et le trouble de stress post traumatique (16%) et la dépendance à l'alcool (14%). Une comparaison avec les caractéristiques des détenus dans d'autres prisons du globe met en avant la forte prévalence des addictions aux substances et du TSPT parmi les détenus guyanais. La connaissance que nous avons maintenant de cette population peut servir à améliorer les politiques de santé publique guyanaise en détention. Elle peut également guider la pratique clinique locale en systématisant le dépistage des pathologies les plus fréquentes.

JURY :
Président : Mr le Professeur Aimé CHARLES-NICOLAS
Juges : Mr le Professeur Bruno FALISSARD
Mr le Professeur Louis JEHEL
Mr le Professeur Matthieu NACHER