



Ce livret contient quelques éléments qui vous permettront de ne pas être perdu au cours de vos premiers jours en milieu pénitentiaire !

L'observation d'entrée

Les détenus sont en moins bonne santé mentale et générale que les sujets en population générale (Fazel et Baillargeon 2011). L'observation et l'évaluation globales et précises des patients est indispensable afin d'organiser une prise en charge globale et optimale.

La vie des patients incarcérés ressemble très souvent à un puzzle dont il faut retrouver et assembler toutes les pièces. En effet, le parcours de ces patients est souvent marqué par de nombreuses ruptures : divorce, difficultés sociales, parcours pénitentiaire, transferts, etc.

L'observation et les premiers entretiens doivent permettre de clarifier l'histoire de vie des patients, leurs antécédents ainsi que leur situation actuelle, afin d'organiser au mieux le projet de soin. Pour cela, il faut très souvent mener une véritable enquête. Il ne faut donc pas hésiter à contacter le médecin du centre pénitentiaire qui adresse le patient mais aussi à récupérer les courriers de toutes les sources possibles : UCSA (soins somatiques), SMPR (soins psychiatriques), secteurs de psychiatrie classique (HO ou SDRE récents, suivi en dehors de la détention, etc.), médecin généraliste, etc. Les patients sont en général connus sur leur secteur psychiatrique d'origine et les courriers sont une aide précieuse pour clarifier les situations. Ces renseignements peuvent aussi être complétés par un entretien familial téléphonique ou lors d'un parloir quand cela est possible.

Les meilleures observations correspondent au modèle appris durant l'externat (voir l'encadré: **observation d'entrée spécifique au milieu carcéral**). Les différentes parties pourront être complétées progressivement. Les notes prises dans les dossiers des patients au cours du suivi doivent être rédigées en termes sémiologiques et contenir à chaque fois une Conduite A Tenir (même si celle-ci consiste en une "poursuite de la PEC").



MOTIF D'HOSPITALISATION

ANTÉCÉDENTS

México-chirurgicaux généraux

Psychiatriques : hospitalisations (motifs, nombres, durée, secteur), consultations, tentatives de suicide, scarifications

Addictologiques (entre 1/3 et 1/2 des détenus présentent une addiction, sans compter le tabac) : tabac en paquet année, consommation d'alcool chiffrée en Unité Standard¹, héroïne, cocaïne, ecstasy, hallucinogènes (penser aux conséquences infectieuses liées aux addictions)

Allergies

Traitement actuel, historique des traitements

Antécédents familiaux importants

BIOGRAPHIE

Générale : niveau scolaire, profession, célibataire ou en couple, revenus (indigent, AAH, curatelle, tutelle...), nécessité d'une prise en charge sociale ou non, visites au parloir, courriers avec l'extérieur

En lien avec le milieu carcéral: x^{ème} incarcération, primaire (première incarcération), mandat de dépôt, prévenu, condamné, date de libération, affaires en cours, procès prévus (les procès sont associés à un risque élevé de passage à l'acte suicidaire)

EXAMEN CLINIQUE COMPLET, C'EST-À-DIRE PHYSIQUE ET PSYCHIATRIQUE

Physique : appareil par appareil (les détenus sont en moins bonne santé que la population générale et la pathologie psychiatrique constitue également un facteur de risque de mauvais état de santé générale). L'UCSA de l'établissement qui adresse le patient peut-être contactée pour savoir si un bilan récent a été réalisé ou est en cours, ou en cas de pathologie particulière

Psychiatrique avec évaluation du risque suicidaire systématique

EXAMENS PARA- CLINIQUES

Bilan biologique d'entrée : si pas de bilan récent (au besoin contacter UCSA et demander de faxer les derniers résultats), à discuter devant la situation

ECG

Imagerie cérébrale : une IRM (hors contexte d'urgence où un scanner peut-être justifié) peut-être demandée. Dans le cadre des premiers épisodes psychotiques une IRM cérébrale doit être demandée dans le cadre du projet **PSYMAC** (voir ci-dessous). Dans les autres cas, il s'agit d'une demande classique

Autres examens: selon le contexte

CONCLUSION ET CAT

¹ Une unité standard correspond à un verre de bar et à 10 grammes d'alcool. Quelques repères : pour la bière: une canette de 25 cl à 5° = 1 US, une canette de 33 cl à 5° environ 2 US, 50 cl à 8° = 4 US, une bouteille de vin = 8 US, une bouteille de whisky ou de vodka = 25 US... La quantification est importante, par exemple Cloninger décrit deux types de personnes alcoolo-dépendantes. Le type 1 associé à une consommation progressive d'alcool qui se transforme en dépendance, dont les consommations sont évaluées entre 10 et 15 US/jour et qui sont peu associés à des comorbidités psychiatriques. A l'inverse, les types 2, présentent très souvent des antécédents familiaux d'alcoolo-dépendance, sont dépendants avant 25 ans, consomment des alcools forts de façon massive (au moins 30 US/jour), et présentent de nombreuses comorbidités psychiatriques (impulsivité, personnalité antisociale...)



Les examens complémentaires et consultations chez les spécialistes sont possibles et se font dans les hôpitaux conventionnés avec le lieu où vous travaillez. Il ne faut pas hésiter à consulter les spécialistes, rappelez-vous : l'état de santé des détenus est souvent précaire. En général, des médecins d'astreinte sont disponibles dans toutes les spécialités si un avis simple est nécessaire.

L'IRM cérébrale

Les deux grandes indications de l'IRM cérébrale en psychiatrie sont à l'heure actuelle :

- le bilan dans le cadre d'un premier épisode (notamment psychotique)
- les situations de résistance au traitement.

Ce sont des situations fréquemment rencontrées en pratique psychiatrique en milieu pénitentiaire, il ne faut pas hésiter à avoir recours à cet examen sous prétexte que les patients sont incarcérés.

L'IRM cérébrale est une méthode non invasive, performante et réalisable en toute innocuité permettant l'exploration du cerveau et se positionne en première ligne pour répondre aux besoins des pratiques actuelles en psychiatrie (Kelly 2012) :

- écarter un diagnostic différentiel et faciliter le diagnostic étiologique (ex : 1 à 2% des patients admis en psychiatrie souffrent d'un trouble associé à une atteinte organique : tumeur cérébrale)
- identifier une pathologie associée et son retentissement cérébral, ce qui permettra d'adapter le projet thérapeutique (ischémie cérébrale, maladie neuro-inflammatoire, séquelle de traumatisme crânien ou de pathologie neurologique connue)
- identifier des complications et le retentissement de la pathologie psychiatrique (atrophie cérébrale, retentissement cérébral des addictions...)
- obtenir un premier bilan d'imagerie permettant d'avoir une IRM de référence dans la situation des premiers épisodes liés aux maladies mentales



Les courriers

Tout patient quittant un service doit partir avec un courrier rapide de sortie comprenant notamment le traitement à la sortie. Il en est de même pour les patients adressés en consultation spécialisée quel que soit le motif (courrier explicatif comprenant motif de la demande, antécédents, histoire de la maladie, clinique actuelle et traitement en cours).

Les comptes-rendus de sortie doivent être écrits sur le modèle des observations d'entrée et être détaillés. Les examens para-cliniques (bio, imagerie) réalisés durant l'hospitalisation doivent y être mentionnés.

- Sur le compte rendu médical d'hospitalisation (recommandations HAS) :
 - o Faire apparaître: le nom du médecin destinataire ainsi que son adresse
 - o Le courrier doit mentionner le suivi ou le projet thérapeutique
 - o Faire systématiquement apparaître la date d'entrée et de sortie sur les courriers
 - o La durée du traitement est à préciser quand c'est possible
 - o Sinon mettre une phrase type du genre: "le traitement sera réévalué par le médecin qui suivra le patient"
 - o Faire apparaître la galénique des traitements prescrits (« comprimés » ou « bouffées » sont suffisants)

Maniement des psychotropes en milieu pénitentiaire

Une synthèse complète de la question de l'utilisation des traitements médicamenteux psychotropes en milieu pénitentiaire a récemment été publiée en français dans la revue *La Presse Médicale* (cf à la fin de ce document). Cette mise au point aborde également de nombreuses problématiques quant aux troubles psychiatriques en milieu pénitentiaire.



Glossaire pénitentiaire

(« Les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France (tome 1, rapport) »

2013): http://www.senat.fr/rap/l99-449/l99-449_mono.html

Cantine : "boutique" de l'établissement pénitentiaire. Les patients peuvent régulièrement acheter certains produits selon une liste définie par l'administration pénitentiaire (aliments, tabac, etc.).

CD (centre de détention) : accueille les condamnés présentant les meilleures perspectives de réinsertion ; leur régime de détention est principalement orienté vers la resocialisation des détenus ;

CNO (centre national d'observation) : installé à Fresnes, il est chargé d'évaluer avant affectation tous les condamnés à une peine supérieure à dix ans ;

CP (centre pénitentiaire) : établissement qui comporte au moins deux quartiers à régimes de détention différents (maison d'arrêt, centre de détention et/ou maison centrale) ;

CSL (centre de semi-liberté) : reçoit des condamnés admis au régime de la semi-liberté ou en placement extérieur sans surveillance ;

Condamné : personne détenue dans un établissement pénitentiaire en vertu d'une condamnation judiciaire définitive ;

DPS : détenu particulièrement signalé ;

Maison d'arrêt : reçoit les prévenus et les condamnés dont le reliquat de peine est inférieur à un an ;

Maison centrale : reçoit les condamnés les plus difficiles dans le cadre d'un régime de détention essentiellement axé sur la sécurité ;

Mitard : ancienne dénomination des cellules du quartier disciplinaire (QD) ;

Pointeurs : nom donné par les détenus aux prévenus ou condamnés pour affaires de mœurs ;

Prétoire : ancienne appellation de la commission de discipline ;

Prévenu : personne détenue dans un établissement pénitentiaire qui n'a pas encore été jugée ou dont la condamnation n'est pas définitive en raison de l'exercice de voies de recours ;

RCP : réclusion criminelle à perpétuité ;

Semi-liberté : modalité d'exécution d'une peine permettant à un condamné d'exercer, hors d'un établissement pénitentiaire, une activité professionnelle, de suivre un enseignement ou une



formation, ou de bénéficier d'un traitement médical ; le condamné doit rejoindre le CSL à l'issue de ces activités ;

SMPR (service médico-psychologique régional) : service de psychiatrie implanté en milieu pénitentiaire ayant une vocation régionale et comportant une unité d'hospitalisation offrant des soins diversifiés incluant l'hospitalisation volontaire ;

SPIP (service pénitentiaire d'insertion et de probation) : service ayant pour mission auprès des établissements pénitentiaires, et du milieu ouvert, de favoriser l'accès aux droits et aux dispositifs d'insertion de droit commun des détenus et des personnes placées sous contrôle par les autorités judiciaires ; chaque département comporte un SPIP suivant les personnes qui leur sont confiées selon un principe de continuité de leur prise en charge ;

TIG (travail d'intérêt général) : peine alternative à l'incarcération qui suppose un accord du condamné ; elle consiste en un travail non rémunéré d'une durée de 40 à 240 heures, au maximum, au profit d'une collectivité territoriale ou d'une association ;

UCSA (unité de consultations et de soins ambulatoires) : unité hospitalière implantée en milieu pénitentiaire assurant les soins somatiques et psychiatriques incluant la prévention, l'organisation des soins en milieu hospitalier ainsi que la continuité de soins en fin de détention.

Références

- Fazel, Seena, et Jacques Baillargeon. 2011. « The health of prisoners ». *The Lancet* 377 (9769) (mars): 956-965. doi:10.1016/S0140-6736(10)61053-7.
- Kelly, Brendan D. 2012. « Brain imaging in clinical psychiatry: Why? » *I Know What You're Thinking: Brain Imaging and Mental Privacy*: 111.
- « Les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France (tome 1, rapport) ». 2013. Consulté le septembre 15. http://www.senat.fr/rap/l99-449/l99-449_mono.html.
- Savitz, J B, S L Rauch, et W C Drevets. 2013. « Clinical Application of Brain Imaging for the Diagnosis of Mood Disorders: The Current State of Play ». *Molecular Psychiatry* 18 (5) (mai): 528-539. doi:10.1038/mp.2013.25.

Psychotropes en milieu pénitentiaire : de la fiole à l'AMM

Thomas Fovet, Ali Amad, Catherine Adins, Pierre Thomas

Université Lille Nord de France, CHRU de Lille, pôle de psychiatrie, 59000 Lille, France

Correspondance :

Thomas Fovet, UHSA Lille-Seclin, CHRU de Lille, avenue Oscar-Lambret, 59037 Lille cedex, France.
tfovot@hotmail.fr

Disponible sur internet le :

■ Key points

Psychotropic drugs in prison

Respect for guidelines and recommendations is the rule for prescribing psychotropic drugs in prison.

The prevalence of psychiatric disorders and suicide in prison is higher than in general population.

In France, 50 % of prisoners are treated with a psychotropic medication.

Insomnia is a common complaint. It should not be trivialized and clinical psychiatric examination should be complete particularly in search of an underlying depressive syndrome.

The lifestyle and dietary rules should not be neglected despite the difficulties associated with living conditions in prison and expectations of immediate results from both patients and sometimes the prison administration or justice.

Given the prevalence of addictions in the prison population, vigilance is required in preventing withdrawal, especially at the beginning of incarceration.

Indications for initiation and the prescription of opioid substitution treatment are the same as free environment.

Individualization of delivery and confidentiality must be applied.

■ Points essentiels

Le respect des autorisations de mise sur le marché (AMM) et recommandations est la règle pour la prescription des traitements psychotropes en milieu carcéral.

La prévalence des troubles psychiatriques et du suicide en milieu carcéral est plus élevée qu'en population générale.

En France, environ **un détenu sur deux bénéficie d'un traitement psychotrope.**

L'insomnie est une plainte fréquente. Elle ne doit pas être banalisée, et l'examen clinique psychiatrique doit être complet à la recherche notamment d'un syndrome dépressif sous-jacent.

Les règles hygiéno-diététiques ne doivent pas être négligées malgré les difficultés liées aux conditions de vie en prison et les attentes de résultats immédiats émanant tant des patients que, parfois, de l'administration pénitentiaire ou de la justice.

Compte tenu du poids des problématiques d'addictions au sein de la population carcérale, la vigilance est de mise quant à la prévention du sevrage, notamment en début d'incarcération.

Les indications d'initiation et les modalités de prescription des traitements de substitution aux opiacés sont les mêmes qu'en milieu libre. L'individualisation de la délivrance et la confidentialité doivent être appliquées.

Les troubles psychiatriques apparaissent fréquents en milieu pénitentiaire. Qu'il s'agisse de maladies psychiatriques préexistantes à l'incarcération, de pathologies révélées par le stress de la détention chez des individus ayant un terrain vulnérable, ou de véritables troubles réactionnels générés par le milieu carcéral, un certain nombre de travaux ont clairement montré une surreprésentation des individus atteints de troubles mentaux en prison [1]. Cette constatation est ancienne et s'inscrit dans le débat de l'histoire de la clinique, puisque les psychiatres du 18^e et 19^e siècle évoquaient déjà ces difficultés et s'interrogeaient sur la place des personnes souffrant de pathologie mentale en prison [2].

Les conditions d'incarcération actuelles sont particulièrement difficiles. Au 1^{er} janvier 2013, le nombre de personnes sous-écrou s'élevait à 76 798 et celui des personnes détenues atteignait 66 572, ceci pour 56 992 places opérationnelles [3]. Promiscuité, insalubrité, perte d'intimité et inactivité génèrent fréquemment au sein des établissements pénitentiaires un climat particulier, empreint de violence [4]. Cette surpopulation constitue également un facteur majeur de limitation d'accès aux soins, pour une population dont les besoins en termes de santé mentale sont considérables.

Ainsi, un certain nombre de problématiques spécifiques se dégagent de la pratique psychiatrique en milieu pénitentiaire. Parmi elles, la question de la place des traitements psychotropes nous apparaît sensible et d'actualité. En effet, en pratique clinique courante, les discours autour de cette thématique sujette à polémique s'avèrent souvent assez réducteurs et caricaturaux, allant de la légitimation d'une attitude quasi-laxiste de prescription à une réticence voire une opposition à toute prescription de traitement psychotrope, souvent liée à des prises de position idéologiques du praticien, pouvant parfois entraver l'accès des patients à des soins dont l'efficacité est prouvée. C'est donc autour des caractéristiques spécifiques du maniement des psychotropes en milieu carcéral que nous nous proposons de réfléchir dans cet article. Il nous apparaît important de garder à l'esprit tout au long de cette réflexion que le caractère particulier de la pratique des disciplines médicales, notamment la psychiatrie, en milieu carcéral est lié à l'environnement. Celui-ci ne fait pas de la psychiatrie en milieu pénitentiaire une discipline spécifique et il est primordial de veiller à ce que la pratique de l'exercice médical en milieu carcéral reste basée sur les mêmes recommandations qu'en milieu libre.

Aspects épidémiologiques

Prévalence des troubles psychiatriques en milieu pénitentiaire

Les études épidémiologiques modernes sur ce sujet sont peu nombreuses et difficiles à mettre en place compte tenu des

contraintes logistiques et organisationnelles qui entravent souvent leur réalisation. Cependant, les résultats des travaux disponibles, parmi lesquels ceux de S. Fazel et al. font autorité, sont sans appel. Dans une méta-analyse, désormais célèbre, sur plus de 22 000 sujets, Fazel et al. mettent en évidence une fréquence 4 à 10 fois supérieure des troubles psychiatriques en population carcérale par rapport à la population générale. D'après cette étude, un détenu sur sept souffre d'une maladie mentale et la prévalence des pathologies psychotiques et des épisodes dépressifs majeurs est 2 à 4 fois supérieure à celle observée dans la population générale [5]. Ces résultats ont été récemment mis à jour [6]. Toutes les pathologies psychiatriques sont représentées : psychose, troubles de l'humeur, notamment trouble bipolaire [7] et épisode dépressif majeur, troubles de stress post-traumatique (PTSD), troubles de la personnalité (psychopathique, borderline, schizotypique), troubles anxieux et pathologies addictives. En France, dans une étude de prévalence sur un échantillon de 800 prisonniers français de sexe masculin, 36 % d'entre eux avaient au moins une maladie psychiatrique, de gravité marquée à sévère (gravité évaluée par l'échelle d'Impression Clinique Globale) [8]. Le suicide constitue également une problématique majeure au sein de la population carcérale puisque, dans les pays de l'Union Européenne entre 1997 et 2008, on notait une moyenne de 10,5 décès par suicide pour 10 000 personnes incarcérées [9]. Les résultats des principales études épidémiologiques relatives à la santé mentale en milieu carcéral sont présentés dans le *tableau 1*.

Fréquence des traitements psychotropes

L'évolution des structures de soin en milieu pénitentiaire depuis la création des services médico-psychologiques régionaux (SMPR) en 1986 [10] et la loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale a permis, dans

TABLEAU I
Principales études de prévalence des pathologies psychiatriques en milieu carcéral

	Fazel et al. 2002 [5]	Falissard et al. 2006 [8]	Fazel et al. 2012 [6]
<i>Effectif total</i>	22 790	800	33 588
<i>Troubles psychotiques</i>	4 %	17 %	3,7 %
Dont schizophrénie		6,2 %	
<i>Trouble bipolaire</i>	-	3,1 %	
<i>Épisode dépressif majeur</i>	10 %	24 %	11,4 %
<i>Addiction</i>	-	19,1 %	
<i>Troubles anxieux</i>	-	29,4 %	

une certaine mesure, l'amélioration de l'accès aux soins médicaux pour un certain nombre de détenus [2]. Dans ce cadre et compte tenu des observations épidémiologiques évoquées précédemment, les traitements psychotropes sont logiquement au premier plan.

Plusieurs études réalisées dans des maisons d'arrêt françaises ont montré qu'environ un détenu sur deux bénéficiait d'un traitement psychotrope. Le *tableau II* reprend les prescriptions de psychotropes à la maison d'arrêt de Loos au 11 août 2006 [11], de Paris-La Santé en 2008 [12] et des prisons provinciales du Québec en 2009 [13] ainsi que les données en population générale française [14]. Assez logiquement, compte tenu de la prévalence élevée des pathologies psychiatriques (*tableau I*), les prescriptions de traitements psychotropes en milieu pénitentiaire sont largement supérieures à celles en population générale.

Organisation des soins en milieu pénitentiaire

Devant ces constatations épidémiologiques, de nombreux aménagements ont dû être mis en place afin d'organiser les soins en milieu pénitentiaire. Ainsi, en France, 93 secteurs de psychiatrie interviennent au sein des 175 unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) avec l'appui de 26 services médico-psychologiques régionaux (SMPR), organisés au sein des établissements pénitentiaires et assurant des soins psychiatriques avec consentement. Au total, on comptait, en 2009, 2447 personnels de santé pour environ 65 000 personnes incarcérées [15]. Depuis, de nouvelles structures ont vu le jour : les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA), permettant une prise en charge psychiatrique en hospitalisation complète (avec ou sans consentement) pour des personnes incarcérées. Mais ces aménagements sont loin de répondre pleinement aux besoins de la population carcérale en termes de soins psychiatriques. Et les moyens mis en œuvre, notamment les effectifs médicaux et paramédicaux, restent insuffisants [16].

Des spécificités logistiques doivent aussi être mises en place afin d'assurer l'ensemble du circuit du médicament [17]. En effet, les pharmacies des hôpitaux qui assurent la dispensation des produits pharmaceutiques auprès des unités médicales hospitalières implantées en milieu carcéral [12] doivent adapter préparation, organisation et délivrance des traitements aux contraintes du milieu pénitentiaire (traitements extrêmement nombreux, confidentialité difficile à respecter, circulation limitée, horaires de délivrance stricts) [18]. Ces contraintes sont, de plus, assez variables selon les établissements, d'où une certaine hétérogénéité du circuit du médicament dans les prisons en France. La liste même des spécialités disponibles peut varier d'un établissement à un autre (livrets thérapeutiques différents selon les établissements).

Ce circuit a, cependant, et heureusement, évolué ces dernières années. On peut ici rappeler une période, pas si lointaine, au cours de laquelle l'administration pénitentiaire obligeait la dilution des médicaments et la distribution des traitements en « fioles » dans lesquelles l'ensemble du traitement médicamenteux était écrasé et mélangé à quelques centilitres d'eau, dans un but de contrôle, et au mépris des règles de pharmacologie et de galénique [19].

La prise en charge des troubles psychiatriques en milieu pénitentiaire doit, bien entendu, s'appuyer sur les mêmes recommandations que dans le cadre d'une pratique en milieu libre, notamment en ce qui concerne les aspects pharmacologiques des mesures thérapeutiques mises en place. Pour cela, l'accès, dans les services médicaux au sein des établissements pénitentiaires, à une pharmacopée similaire à celle des établissements hospitaliers classiques nous paraît primordiale.

Spécificités cliniques liées au milieu pénitentiaire : aspects psychiatriques

Le milieu carcéral est extrêmement riche en événements potentiellement stressants mettant les capacités d'adaptation de chaque détenu à l'épreuve au quotidien.

TABLEAU II

Répartition des prescriptions des différentes classes de psychotropes en milieu pénitentiaire et en population générale

	Loos 2006 [11]	Paris-La Santé 2008 [12]	Québec 2009 [13]	Population Générale 2005 [14]
Effectif total	582	1337	671	590
<i>Patient sous-psychotrope(s)</i>	48 %	52,9 %	40,3 %	21 %
Hypnotiques	40,9 %	39,3 %	30,7 % ¹	19 % ¹
Anxiolytiques	43,6 %	40,5 %		
Antidépresseurs	20,6 %	11,3 %	27,6 %	6 %
Antipsychotiques	10,7 %	12,2 %	22,7 %	0,8 %
Traitement substitutif aux opiacés	21,3 %	7,2 %	–	–

¹ Ce chiffre correspond à la prévalence des traitements hypnotiques et anxiolytiques.

Anxiété

L'anxiété s'avère un motif de consultation fréquent. L'isolement affectif, la succession d'évènements judiciaires (procès, notamment aux assises, comparutions, confrontations), les pressions exercées par l'administration pénitentiaire, constituent de grands pourvoyeurs de symptomatologie anxieuse. Ces réactions, notamment lorsqu'elles font suite à une mauvaise nouvelle apprise au parloir ou par courrier, sont fréquemment retrouvées et peuvent paraître adaptatives. Mais ce caractère « justifié » peut conduire à une minimisation des symptômes. Pourtant, souvent répétés au quotidien, ces évènements stressants peuvent être à l'origine de véritables décompensations aiguës (crises suicidaires ou décompensations délirantes [20]), notamment lorsque l'on considère le nombre de détenus ayant une vulnérabilité pour certaines pathologies psychiatriques. On peut citer ici, pour exemple, les fréquentes crises clastiques chez les détenus présentant un déficit intellectuel (dont la prévalence est importante en milieu carcéral : 0,5 à 1,5 % des détenus [21]) pour lesquels la répétition de situations de frustration et de stress se heurte à des capacités d'adaptation souvent limitées, générant parfois des comportements d'agressivité impressionnants pour lesquels les équipes de psychiatrie sont sollicitées.

Il faut également souligner que certaines périodes d'incarcération sont riches en facteurs de stress et donc à risque de décompensation aiguë pour les patients, comme le début d'incarcération, l'approche d'une libération ou d'un transfert, les périodes d'isolement en lien avec des sanctions pénitentiaires (quartier disciplinaire) ou non (quartier d'isolement).

Insomnie : un symptôme fréquent

Parmi les plaintes les plus fréquemment retrouvées auprès des patients, l'insomnie tient une place toute particulière. La demande de traitement hypnotique s'y associe la plupart du temps, avec une attente de réponse thérapeutique immédiate de la part des patients.

En prison, les nuits sont très longues : fermeture des cellules entre 18 et 19 h pour un réveil fixé entre 7 et 8 h. À cela s'ajoutent les conditions d'emprisonnement souvent peu propices à un sommeil de qualité (promiscuité, matelas par terre, hygiène de vie précaire, etc.). Il s'avère alors souvent extrêmement délicat d'évaluer le tableau clinique dans lequel peut s'inscrire le symptôme insomnie. L'évaluation clinique rigoureuse est pourtant fondamentale dans le cas d'une demande qui peut paraître banale. Même si la sollicitation d'un traitement médicamenteux apparaît au premier plan, la recherche de symptômes de la sphère dépressive, d'idées suicidaires ou d'éléments délirants doit être systématique.

Il faut insister ici sur le fait qu'une attitude de réticence du soignant à toute demande de traitement psychotrope émanant de la part d'un patient peut générer un sentiment de rejet chez celui-ci, sentiment qui s'opposera à toute mise en place d'une

alliance thérapeutique correcte et qui limitera l'examen clinique psychiatrique. Il s'agit donc de trouver un équilibre entre prescription médicamenteuse médicalement justifiée, adaptée au patient, et risque lié à la multiplication des traitements médicamenteux. Les questions du devenir des prescriptions et de l'observance au traitement, très difficilement évaluable, sont en effet des problématiques complexes amplifiées par le milieu de détention. Pour certains patients, en situation de précarité extrême au sein de la prison (détenus dits « indigents »), les traitements médicamenteux deviennent une véritable monnaie d'échange pour obtenir des vêtements ou du tabac. Le praticien doit donc rester vigilant pour ce qui est des durées de prescriptions, des délais entre les consultations (nécessitant parfois des renouvellements « automatiques ») ou de la conduite à tenir par rapport au traitement médicamenteux lorsque le patient ne se présente pas en consultation (ce qui demeure parfois indépendant de sa volonté et peut être lié à des problèmes d'organisation de l'administration pénitentiaire).

Suicide

Les passages à l'acte auto-agressifs sont fréquents en milieu pénitentiaire. En 2010, le taux de mortalité par suicide était de 14,6 pour 10 000 placements sous-écrou en France, soit un suicide tous les 3 jours [4]. Il paraît logique de s'interroger sur le rôle des conditions d'incarcérations mais l'insuffisance d'accès aux soins peut également être mise en cause. Le rapport de la commission présidée par le Dr Louis Albrand sur la prévention du suicide en milieu carcéral en 2009, insiste sur les lacunes dans le traitement des troubles psychiques, notamment la dépression. Il met également en avant le fait que la dépression non traitée constitue la première cause de suicide [22]. L'amélioration des moyens à disposition pour la prise en charge des pathologies psychiatriques en milieu pénitentiaire est donc centrale dans la prévention du suicide en prison.

Spécificités cliniques liées au milieu pénitentiaire : aspects addictologiques

Dépendance aux opiacés et traitements de substitution

Les stratégies de substitution, dont les bénéfices thérapeutiques ne sont plus à démontrer [23], tiennent une place substantielle dans la prise en charge des patients atteints de dépendance aux opiacés. La gestion de ces traitements de substitution en milieu pénitentiaire ne va pas sans poser un certain nombre de problèmes dans la plupart des établissements (distribution peu discrète, liaison parfois complexe avec les structures extérieures, etc.).

Michel et Maguet ont proposé, en 2005, un Guide de bonnes pratiques pour les traitements de substitution en milieu carcéral, qu'ils soient initiés en milieu pénitentiaire ou poursuivis en incarcération [24]. Un certain nombre de points importants

émergent de ce travail quant à la gestion de ces traitements. D'abord, les indications d'initiation et les modalités de prescription sont les mêmes qu'en milieu libre. Cependant, il est important de tenir compte du caractère imposé du sevrage lié à l'incarcération. Pour les patients qui bénéficiaient d'un traitement de substitution avant la détention, toute prescription antérieure devrait être reconduite. Ce cas de figure est assez fréquent avec les « arrivants ». Les auteurs précisent que si l'authentification d'une prescription antérieure est difficile à obtenir chez un détenu qui entre en détention, l'évaluation clinique doit prévaloir et la prescription peut alors être envisagée comme une initiation. En ce qui concerne les modalités de délivrance, l'individualisation et la confidentialité doivent primer sur le contrôle. Elles constitueraient les meilleurs facteurs préventifs du trafic, des pressions et du racket. La confidentialité des soins, peu satisfaisante, est souvent jugée difficile à améliorer dans un contexte de vie en collectivité.

La circulaire Santé-Justice du 5 décembre 1996 relative à la lutte contre l'infection par le VIH en milieu pénitentiaire préconise une délivrance quotidienne de la buprénorphine haut dosage (BHD) et de la méthadone. Cependant, la délivrance pour plusieurs jours peut être envisagée pour les détenus les plus « observants », en particulier dans les grands établissements. Le pilage des comprimés est à éviter, la biodisponibilité n'étant pas garantie et l'efficacité du contrôle restant incertaine.

La prise en charge des patients bénéficiant d'un traitement de substitution doit être globale. Les évaluations sociale et psychologique devraient être systématiquement proposées. Le suivi clinique de ces patients devrait être régulier afin d'éviter les renouvellements automatiques sans évaluation clinique qui s'avèrent extrêmement problématiques mais sont fréquents, compte tenu des effectifs médicaux limités (il s'agit ici d'un aspect que l'on retrouve pour la prise en charge de l'ensemble des pathologies psychiatriques en milieu carcéral). Les contrôles urinaires doivent constituer un outil relationnel plus que de contrôle, ils trouvent surtout leur place en début d'incarcération et dans les situations d'impasse thérapeutique. Pour ce qui est du choix de la molécule, la BHD est considérée comme moins dangereuse que la méthadone en cas de mésusage. Cependant, les prises de méthadone sont plus faciles à contrôler. Il convient également de rester vigilant pour l'association avec les benzodiazépines (qui constitue une contre-indication). Enfin, la perspective de la sortie doit être envisagée dès la première prescription.

Mésusage des traitements psychotropes

Le mésusage est défini par la conférence de consensus de l'HAS de juin 2004 comme la consommation d'une ou plusieurs substances psychoactives caractérisée par l'existence de risques et/ou de dommages et/ou de dépendance [23]. Il peut donc s'agir de prises fractionnées d'un traitement, d'une majoration des doses, d'une polyconsommation (usage concomitant

de plusieurs substances psychoactives), d'injections intraveineuses ou de prises par voie nasale d'un produit pour obtenir un effet psychoactif immédiat [25].

Comme pour l'ensemble des aspects soulignés dans cet article, les mésusages ne sont pas l'apanage du milieu pénitentiaire, mais cet environnement amplifie et donne une visibilité extrêmement accrue à ces phénomènes. Il paraît important de souligner le fait que trafic et mésusages sont courants en milieu libre [26] et que la majorité des trafics en milieu carcéral proviennent de l'extérieur, lors des parloirs, ou encore suite à des jets dans la cours de promenade (les « missiles »).

Les substances illicites constituent une grande partie de ce trafic, en particulier le cannabis, la cocaïne voire l'héroïne. Cependant, de par leur disponibilité et leur utilisation moins « risquée » au niveau pénitentiaire que les drogues illicites, les médicaments psychotropes peuvent également être utilisés de façon détournée. Ainsi, certains patients troquent divers médicaments psychotropes en échange de cigarettes, de vêtements, etc. Ces détenus consomment en général des doses extrêmement importantes de psychotropes, dans un but de sédation massive. Ce type de mésusage donne souvent lieu à des interactions médicamenteuses imprévues ou des surdosages. Ces pratiques constituent donc souvent des mises en danger importantes et les conséquences peuvent être lourdes lorsque des psychotropes sont consommés au cours du travail ou d'activités sportives, par exemple. De plus, des interactions médicamenteuses peuvent survenir, lorsqu'au cours de ces échanges et trocs, certains détenus ne fournissent pas les molécules qu'ils prétendent échanger.

Les traitements de substitution aux opiacés sont particulièrement prisés. Parfois, certains détenus bénéficient d'un traitement de substitution qu'ils prennent uniquement lorsqu'ils ne parviennent pas à se procurer d'héroïne. Ils consomment alors souvent des doses massives et risquent un surdosage. Les pratiques de snif ou d'injection sont également répandues avec ces traitements.

Afin de limiter les mésusages des traitements psychotropes, un certain nombre de mesures peuvent être mises en place. En premier lieu, le suivi régulier des patients et la réévaluation symptomatique sont importants afin d'éviter les renouvellements de prescription automatiques. On peut rappeler ici que la durée d'un traitement hypnotique, selon les recommandations, doit être de 4 semaines et celle d'un traitement anxiolytique par benzodiazépines de 12 semaines. Même s'il s'avère difficile de respecter strictement et rigoureusement ces recommandations, une attention toute particulière doit être portée à la durée de prescription des traitements psychotropes. Le choix de la molécule peut également entrer en considération. Par exemple, l'utilisation du zopiclone, de par sa demi-vie longue, semble plus logique que celle du zolpidem qui peut être utilisé à la recherche d'un effet psychoactif immédiat.

Enfin, en termes de posologie, l'AMM de la molécule choisie doit être respectée. Cette problématique est fréquente, en particulier avec les traitements par benzodiazépines. En cas de recrudescences anxieuses majeures, les traitements anxiolytiques non-benzodiazépines (hydroxyzine notamment) peuvent être utilisés en association. Ces molécules ont souvent mauvaise presse, parmi les patients mais aussi parmi les prescripteurs. Pourtant, leur bénéfice thérapeutique peut s'avérer majeur [27]. L'association de deux benzodiazépines est bien évidemment à proscrire.

Sevrage à l'entrée

Un aspect extrêmement important, à ne pas négliger en ce qui concerne les problématiques de dépendance, est le sevrage des arrivants en milieu pénitentiaire. Il faut souligner que les addictions sont extrêmement fréquentes dans la population carcérale. Ainsi, 34,7 % des détenus seraient en proie à un problème d'addiction, tous produits confondus [28]. Dans une enquête de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) sur la santé des entrants de 1997, près de 32 % déclaraient une consommation prolongée et régulière de drogues (consommation abusive ou dépendance) au cours des 12 mois précédant l'incarcération : 25,6 % consommant du cannabis, 14,4 % des opiacés, 8,9 % de la cocaïne et du crack. Pour l'alcool, la part moyenne de consommateurs abusifs ou dépendants serait de 33,3 % [29]. Le caractère forcé de ce sevrage, inhérent au nouvel environnement, nécessite une vigilance considérable des personnels médicaux et paramédicaux lors de l'entretien d'accueil. Dépendances à l'alcool, aux opiacés ou aux benzodiazépines doivent être recherchées à l'interrogatoire ainsi que des signes de sevrage. Il n'est pas inutile de rappeler que le sevrage en alcool constitue une urgence médicale. Ses conséquences peuvent être lourdes (risque de décès) s'il n'est pas médicalisé. Les recommandations HAS, précisant les modalités d'un sevrage en alcool, doivent être respectées [30].

Cas particulier du tabac

La problématique de substitution ne se limite pas à la dépendance aux opiacés. On sait l'importance que tient le tabac au sein de la population carcérale (80 % des détenus âgés de 18 à 54 ans se décrivaient comme « fumeurs » dans une enquête datée de 2003 [18]) et les conséquences du tabagisme en termes de santé publique sont désormais bien connues [31]. Or, des études ont montré que la réduction tabagique est possible en milieu carcéral avec un traitement de substitution adapté [32], même si les conditions de vie n'y sont pas favorables. Outre les bénéfices attendus sur le plan somatique et financier pour une population au niveau socio-économique souvent précaire, on sait que le sevrage tabagique entraîne une amélioration de la qualité de vie et une diminution du stress [33]. Pouvant apparaître comme une

problématique de second plan dans le contexte de l'incarcération, le sevrage tabagique s'avère donc un enjeu à ne pas négliger dans la prise en charge médicale et psychologique des patients.

Traitements psychotropes et stigmatisation

Malgré un certain nombre d'idées reçues sur l'appétence des patients en milieu carcéral pour les substances psychoactives, les réactions d'opposition ou de réticence au traitement médicamenteux ne sont pas rares. En effet, les patients bénéficiant d'un traitement médicamenteux, en particulier psychotrope, font fréquemment l'objet d'une stigmatisation de la part des autres détenus mais aussi parfois de l'administration pénitentiaire.

Par ailleurs, la demande de traitement médicamenteux, sédatif notamment, n'émerge pas toujours du patient. Le psychiatre est régulièrement sollicité pour des détenus ayant des troubles du comportement avec agitation, suite à des frustrations ou des conflits avec l'administration pénitentiaire. Il s'agit ici de veiller au risque d'une pratique non-réfléchie qui se caractériserait par une volonté de normalisation des individus. Cet aspect, certes non spécifique de la psychiatrie en milieu carcéral, prend, dans cet environnement, une toute autre dimension lorsque l'on considère les rapports souvent délicats entre soignants et administration pénitentiaire. De plus, cette sollicitation des psychiatres pour les symptomatologies les plus bruyantes se fait souvent au détriment de patients souffrant de pathologies psychiatrique d'intensité sévère au tableau clinique plus discret car moins pourvoyeur d'agitation en détention (épisodes mélancoliques, syndromes catatoniques, schizophrénie déficitaire, etc.).

Le cadre carcéral et certaines habitudes de fonctionnement de l'administration pénitentiaire peuvent aussi rendre délicate la mise en place d'un secret médical rigoureux. Très souvent, le manque de discrétion au cours de la délivrance du traitement ou les « appels » pour l'administration d'un traitement anti-psychotique à action prolongée pointent du doigt les personnes bénéficiant d'une prise en charge psychiatrique. Ceux-ci peuvent hériter d'une réputation de « cachetoné » auprès des autres détenus et font fréquemment l'objet de menaces ou de racket. Ainsi, certains patients refusent-ils parfois tout traitement médicamenteux ou interrompent le traitement mis en place afin de faciliter leur « intégration » au sein de la prison.

La prise d'un traitement psychotrope, notamment les traitements de substitution, peut également entraîner certaines formes de stigmatisation plus ou moins masquées de la part de l'administration pénitentiaire. Ainsi, certains patients désirant s'investir dans une activité professionnelle en détention peuvent se retrouver devant un choix forcé : interrompre un traitement de substitution afin de pouvoir travailler ou renoncer

à tout travail et poursuivre leur traitement, aucun aménagement n'étant possible en termes d'horaires pour permettre une délivrance du traitement de substitution. Ces aspects doivent être bien connus des prescripteurs car ils influent grandement l'observance des patients.

Améliorer la prescription des traitements psychotropes en milieu pénitentiaire

Comme en milieu libre, la prescription d'un traitement psychotrope en milieu pénitentiaire doit s'inscrire dans une prise en charge plus globale et s'articuler avec la psychothérapie et l'éducation thérapeutique.

Éducation thérapeutique

Il nous est apparu important d'insister, dans cette dernière partie, sur l'éducation thérapeutique. Les aspects psycho-éducationnels sont primordiaux dans toute pratique médicale, notamment quand elle s'accompagne d'une prescription médicamenteuse. Ces mesures prennent une dimension essentielle en milieu carcéral au sein duquel les repères environnementaux du sujet sont souvent bouleversés.

L'exemple des règles d'hygiène de sommeil nous a paru assez caractéristique. Comme nous l'avons déjà signalé l'insomnie est une plainte fréquente en milieu pénitentiaire. Aux conditions de vie, souvent difficiles peuvent s'ajouter des habitudes quotidiennes nuisant à un sommeil de qualité. Par exemple, la pratique d'exercice physique (pompes, abdominaux) à la fermeture des cellules, avant le coucher, pour « tuer le temps » est extrêmement répandue. Les horaires de prises de traitements médicamenteux sont également parfois aléatoires. Nombreux sont les patients qui prennent l'intégralité de leur traitement anxiolytique en une prise le soir à 18 h quand

la porte de la cellule se ferme. La crainte d'une nuit trop angoissante et oppressante motive alors la recherche d'un effet sédatif massif voire d'un effet « anesthésiant ». Cette pratique donne lieu, le plus souvent, à des réveils en début de nuit, pouvant majorer des symptômes anxieux ou générer des attaques de panique. Ces périodes peuvent constituer de véritables moments de détresse susceptibles d'aboutir à des passages à l'acte auto-agressifs (scarifications, tentatives de suicides). Le rappel des précautions d'emploi et des règles hygiéno-diététiques peut alors être le vecteur de bénéfices thérapeutiques importants et rapides [34]. Le *tableau III* reprend les principales règles d'hygiène de sommeil qu'il est possible de proposer au patient.

Les explications et règles d'usage doivent, bien entendu, être adaptées au mode de vie en prison. Nous pensons également que si ces règles sont bien formalisées, l'éducation thérapeutique n'en est que plus efficace. Il semble important que l'ensemble de ces mesures soient bien connues des équipes de soin, notamment du personnel infirmier délivrant les traitements, ceci afin d'en permettre une bonne diffusion auprès des patients [35].

Psychothérapie

Il faut rappeler également comme une évidence la place des psychothérapies dans la prise en charge des patients souffrant de pathologie psychiatrique. Cependant, leur mise en place est souvent mise à mal par les contraintes liées à l'organisation du milieu pénitentiaire et les effectifs réduits. Certaines spécificités se dégagent autour de plusieurs aspects quant aux techniques de psychothérapie en milieu carcéral [36]. On gardera à l'esprit, notamment pour les psychothérapeutes médecins, qu'une certaine souplesse peut être nécessaire quant aux prescriptions médicamenteuses, ceci dans les limites des

TABLEAU III

Règles hygiéno-diététiques de sommeil à rappeler au patient

Conseils	À éviter
Se lever à heure régulière	Le lever tardif
Se coucher à heure régulière	Se coucher trop tôt
Favoriser un environnement frais, aéré, calme et plongé dans l'obscurité	La sieste l'après midi
Se relaxer avant l'heure du coucher (lecture, musique calme...)	Les excitants (le café, le thé, l'alcool, certains sodas) après 17 h
Faire de l'exercice en journée mais pas trop tard en soirée (par exemple, pas de pompes après 17 h)	Privilégier des activités calmes pendant la soirée
Privilégier une alimentation équilibrée	Les repas lourds
Respecter les horaires des prises de médicaments	Prendre la totalité du traitement médicamenteux quotidien en une fois

Adapté de [35].

règles pharmacologiques bien évidemment, afin de ne pas centrer les entretiens sur des négociations sans fin.

Adaptations envisageables du traitement psychotrope

Quelques adaptations thérapeutiques et améliorations sont envisageables. Les indications des traitements médicamenteux restent les mêmes qu'en milieu libre c'est-à-dire qu'elles sont conditionnées par l'établissement de diagnostics précis sur des critères validés. Cependant, les spécificités cliniques abordées dans cet article peuvent conduire à la prescription préférentielle de certaines molécules notamment celles comprenant un effet sédatif. En effet, quelle que soit leur action pharmacologique principale, les psychotropes peuvent avoir une dimension sédatrice plus ou moins marquée. On pourra, par exemple, privilégier la prescription de mirtazapine dans un contexte d'épisode dépressif majeur. Ce produit constitue l'un des meilleurs traitements antidépresseurs (rapport efficacité/tolérance) [37] et il est également connu pour favoriser l'endormissement et le sommeil.

Les aspects de galénique peuvent également être pris en considération. Par exemple, un traitement intramusculaire dans le deltoïde peut paraître moins stigmatisant pour un patient qu'un traitement injecté dans le grand fessier.

Conclusion

Compte tenu de leur fréquence, les traitements psychotropes représentent une véritable problématique en milieu pénitentiaire. Ainsi, outre le fait que les caractéristiques de cet environnement nécessitent des aménagements logistiques et organisationnels, leur maniement par les médecins prescripteurs doit aussi tenir compte des spécificités cliniques de la psychiatrie en milieu carcéral. Cependant, le respect des Autorisations de mise sur le marché (AMM) et des recommandations doit rester la

ENCADRÉ 1

Propositions pour améliorer la prescription des psychotropes en milieu pénitentiaire

Recommandations

- Respecter les AMM et les conférences de consensus
- Ne pas négliger l'éducation thérapeutique
- Ne pas négliger les règles hygiéno-diététiques
- Privilégier des molécules sédatives
- Proposer les traitements antipsychotiques retard en IM dans le deltoïde quand cela est possible
- Veiller scrupuleusement au secret médical
- Rappeler aux patients que le secret médical constitue une obligation légale pour les professionnels de santé

règle en milieu pénitentiaire, de la même façon qu'en milieu libre. Il n'y a pas de spécificité carcérale pour la prescription des psychotropes. Il n'est pas inutile de rappeler ici que le rôle de la médecine en milieu carcéral, est de prendre en charge des pathologies et non de prévenir une quelconque récurrence. Les spécificités liées au lieu d'exercice ne font donc pas de l'exercice médical en milieu carcéral une spécialité en tant que telle. Cette assertion reste pertinente pour la dimension de prescription médicamenteuse. Enfin, de nombreuses perspectives sont à prendre en considération afin d'améliorer la situation actuelle de la prescription de ces médicaments en milieu carcéral (*encadré 1*).

Déclaration d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Thomas P, Adins-Avinée C. Psychiatrie en milieu carcéral, 1^{re} ed., Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2012.
- [2] Senon JL. Psychiatrie et prison : toujours dans le champ de l'actualité. Ann Med Psychol Rev Psychiatr 2004;162:646-52.
- [3] Direction de l'administration pénitentiaire. Statistique mensuelle de la population écrouée et détenue en France - situation au 1^{er} janvier 2013; 2013, (http://www.justice.gouv.fr/art_pix/mensuelle_inTERnet_janvier_2013.pdf). [Accès au site le 30/01/2014].
- [4] Raimbourg D, Huyghe S. Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du Règlement par la commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la république en conclusion des travaux d'une mission d'information sur les moyens de lutte contre la surpopulation carcérale. Assemblée nationale; 2013, (Report 652).
- [5] Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23,000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. Lancet 2002;359:545-50.
- [6] Fazel S, Seewald K. Severe mental illness in 33,588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. BJP 2012;200:364-73.
- [7] Amad A, Adins C. Le bipolaire, la prison et la loi. Lett Psychiatr 2013;9:20-3.
- [8] Falissard B, Loze JY, Gasquet I, Duburc A, de Beaupaire C, Fagnani F et al. Prevalence of mental disorders in French prisons for men. BMC Psychiatry 2006;6:33.
- [9] Rabe K. Prison structure, inmate mortality and suicide risk in Europe. Int J Law Psychiatry 2012;35:222-30.
- [10] David M. Psychiatrie en milieu pénitentiaire. Paris: Presses Universitaires de France (PUF); 1993.
- [11] Cougnenc O. Les prescriptions de médicaments psychotropes à la maison d'arrêt de Loos [Mémoire du diplôme d'études spécialisées de pharmacie spécialisée]. Lille: Université de Lille 2, France : Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de Lille; 2007

- [12] Harcouët L. L'exercice pharmaceutique hospitalier en milieu carcéral. *Ann Pharm Fr* 2010;68:286-90.
- [13] Lafortune D, Vacheret M. La prescription de médicaments psychotropes aux personnes incarcérées dans les prisons provinciales du Québec. *Sante Ment Que* 2009;34:147.
- [14] Gasquet I, Nègre-Pagès L, Fourrier A, Nachbaur G, El-Hasnaoui A, Kovess V *et al.* Usage des psychotropes et troubles psychiatriques en France : résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000/(ESEMeD) en population générale. *Encephale* 2005;31:195-206.
- [15] Thomas P. Santé en prison. *Psychiatrie en milieu carcéral*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2012: 7-15.
- [16] Barbier G, Demontes C, Lecercf JR, Michel JP. Prison et troubles mentaux : comment remédier aux dérives du système français ? Commission des lois et de la commission des affaires sociales; 2010, (<http://www.senat.fr/rap/r09-434/r09-434.html>). Report 434. [Accès au site le 30/01/2014]).
- [17] Cabelguenne D, Harcouët L, Aubin F. Le circuit du médicament en milieu carcéral français : état des lieux et principales recommandations en vue de son optimisation. *Pharm Hospitalier* 2006;41:13-23.
- [18] Harcouët L, Hazebroucq G. Particularités de l'exercice pharmaceutique en prison : expérience de la pharmacie de l'Unité de consultations et soins ambulatoires (UCSA) de la maison d'arrêt Paris-La Santé. *J Pharm Clin* 2000;19:149-56.
- [19] Benqué C. La prison, la fiole. *Quasimodo* 1997;2:28-9.
- [20] Soliman A, O'Driscoll GA, Pruessner J, Holahan ALV, Boileau I, Gagnon D *et al.* Stress-induced dopamine release in humans at risk of psychosis: a [¹¹C]raclopride PET study. *Neuropsychopharmacology* 2008; 33:2033-41.
- [21] Fazel S, Xenitidis K, Powell J. The prevalence of intellectual disabilities among 12,000 prisoners: A systematic review. *Int J Law Psychiatry* 2008;31:369-73.
- [22] Ministère de la Justice. La prévention du suicide en milieu carcéral – Commission présidée par le docteur Louis Albrand; 2009, (<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/094000387/index.shtm>). [Accès au site le 30/01/2014]).
- [23] Haute Autorité de santé. Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution; 2004, (http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272358/fr/strategies-therapeutiques-pour-les-personnes-dependantes-des-opiaces-place-des-traitements-de-substitution). [Accès au site le 30/01/2014]).
- [24] Michel L, Maguet O. Traitements de substitution en milieu carcéral : guide des bonnes pratiques. *Encephale* 2005;31:92-7.
- [25] Combris M, Sautereau M, Giret G, Meunier F. Mésusage des traitements de substitution de la dépendance aux opiacés en milieu carcéral. *Courrier Addict* 2008;10:10-4.
- [26] Sec I, Questel F, Rey C, Pourriat JL. Mésusage de médicaments psychotropes au sein d'une population de gardés à vue à Paris. *Therapie* 2009;64:129-34.
- [27] Llorca PM, Spadone C, Sol O, Danniau A, Bougerol T, Corruble E *et al.* Efficacy and safety of hydroxyzine in the treatment of generalized anxiety disorder: a 3-month double-blind study. *J Clin Psychiatry* 2002;63:1020-7.
- [28] Obradovic I. Addictions en milieu carcéral – Enquête sur la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive, 2003. Saint Denis: OFDT; 2004: 99.
- [29] Coldefy M, Faure P, Prieto M. La santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus accueillis par les services médico-psychologiques régionaux. *DREES Etudes Resultats* 2002;181:1-12.
- [30] Haute Autorité de santé. Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant. Paris: HAS; 1999.
- [31] Hill C, Laplanche A. Tabagisme et mortalité : aspects épidémiologiques. *Bull Epidemiol Hebd* 2003;22:98-100.
- [32] Harcouët L, Balanger S, Meunier N, Mourgues A, Grabar S, Haouili B *et al.* Tobacco reduction in a prison of France. *Rev Med Interne* 2008;29:357-63.
- [33] Le Strat Y, Cozzolino D, Marquez S, Cadranet M, Dubertret C. Smoking cessation among patients with mental disorders. *Rev Prat* 2012;62:350-1.
- [34] Elger BS. Prison life: television, sports, work, stress and insomnia in a remand prison. *Int J Law Psychiatry* 2009;32:74-83.
- [35] Poirot I. Place des thérapies comportementales dans la prise en charge des insomnies. *Ann Med Psychol Rev Psychiatr* 2012;170:202-7.
- [36] Bertrand M. Les psychothérapies en prison. *Psychiatrie en milieu carcéral*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2012: 93-112.
- [37] Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, Geddes JR, Higgins JP, Churchill R *et al.* Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: a multiple-treatments meta-analysis. *Lancet* 2009;373: 746-758.